

Université de Montréal

Les facteurs occupationnels menant à la détresse psychologique chez le personnel
infirmier

par
Jean-Philippe Joly

École de relations industrielles
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en relations industrielles

septembre 2003

© Jean-Philippe Joly, 2003



HD
4815
U54
2003
v.011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les facteurs occupationnels menant à la détresse psychologique chez le personnel
infirmier

présenté par :

Jean-Philippe Joly

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Thérèse Chicha
présidente-rapporteure

Marcel Simard
directeur de recherche

Pierre Durand
codirecteur

Michel Coutu
Membre du jury

Résumé en français et mots clés français

L'objet de ce mémoire est d'identifier les facteurs occupationnels pouvant expliquer les variations de la détresse psychologique chez un groupe de 439 membres du personnel infirmier. Les données proviennent de l'Enquête de Santé Québec (1998).

Les analyses de régressions logistiques démontrent que deux facteurs occupationnels, à savoir le travail sous tension avec le public ainsi que la présence de violence au travail contribuent à augmenter la probabilité de souffrir de détresse psychologique. Les résultats indiquent également que l'autorité décisionnelle a un effet modérateur sur la relation unissant le travail sous tension avec le public et la détresse psychologique : lorsque le travail s'exécute en présence de fortes tensions avec le public mais que d'autre part l'autorité décisionnelle est élevée, la probabilité de souffrir de détresse psychologique est réduite, ce qui fait de l'autorité décisionnelle un facteur prévenant la détresse psychologique.

Mots Clés : détresse psychologique facteurs de risque, facteurs de protection, environnement de travail, personnel infirmier, infirmières.

Résumé en anglais et mots clés anglais

The object of this dissertation is to identify occupational factors that can explain variations of psychological distress in a group of 439 nurses. The data used come from l'Enquête de Santé Québec (1998).

The logistic regression analyses show that two occupational risk factors, wich are working under tension with the public and presence of worplace violence, contribute to increase the probability of suffering from psychological distress. The results also indicates that the decisional authority variable has a moderating effect in the relationship between working under tension with the public and psychological distress: when work is done under tensions with the public but where decisional authority is high, the probability of suffering from psychological distress is reduced which means that decisional authority is a prevention factor regarding psychological distress.

Keywords: Psychological distress risk factors, protection factors, work environment, nurses.

Table des matières

	Pages
Résumé français et mots clés français _____	i
Résumé anglais et mots clés anglais _____	ii
Table des matières _____	iii
Liste des tableaux _____	iv
Liste de figures _____	v
Remerciements _____	vi
 Introduction _____	 1
 Chapitre I : L'objet de recherche, l'état des connaissances et la _____	 4
problématique de recherche	
 1.1 L'objet de recherche _____	 4
1.1.1 L'objet de recherche _____	4
1.1.2 La question de recherche _____	5
1.1.3 L'importance et la pertinence de la question de _____	5
recherche en relations industrielles	
 1.2 L'état des connaissances _____	 6
1.2.1 La détresse psychologique en lien avec le travail _____	6
1.2.2 La détresse psychologique en lien avec le travail _____	22
chez le personnel infirmier	
 1.3 Synthèse _____	 40

	Pages
Chapitre II : Méthodologie	50
2.1 Problématique	50
2.2 Le cadre conceptuel et les hypothèses de recherche	51
2.3 Le cadre opératoire et la définition des variables	59
2.4 Plan d'observation	67
2.5 Plan d'analyse	69
Chapitre III : Présentation des résultats	74
3.1 Données descriptives sur les variables à l'étude	75
3.2 Résultats des analyses bi-variées	79
3.3 Résultats des analyses multivariées	83
Chapitre IV : Discussion des résultats	87
4.1 Discussion des résultats concernant la détresse psychologique	88
4.2 Forces et limites de l'étude	97
4.3 Pistes de recherches futures	99
Conclusion	100
Bibliographie	103

Liste des tableaux

		Pages
Tableau I	Facteurs du travail liés à la détresse psychologique	43
Tableau II	Facteurs hors travail	45
Tableau III	Définition opératoire des variables	59
Tableau IV	Le plan d'analyse	69
Tableau V	Statistiques descriptives de la variable dépendante	75
Tableau VI	Statistiques descriptives des variables indépendantes	76
Tableau VII	Statistiques descriptives des variables modératrices et contrôles	77
Tableau VIII	Matrice des corrélations entre les variables	81-82
Tableau XI	Les résultats des analyses multivariées	86

Liste des figures

	Pages
Figure 1 Le modèle conceptuel	53

Remerciements

Nous voulons spécialement remercier l'organisme Santé Québec qui nous a gracieusement donné accès à sa base de données pour la réalisation de notre étude. Nous remercions également M. Marcel Simard et M. Pierre Durand qui ont fourni le support et l'encadrement nécessaire tout au long de la réalisation de notre étude. De plus, il nous faut remercier également M. Michel Coutu ainsi que Mme Marie-Thérèse Chicha, qui ont contribué de par leurs commentaires constructifs à enrichir le présent mémoire. Merci aussi à Julie Mackay et à Anne pour le support moral lors des moments difficiles.

Introduction

Le travail rémunéré occupe de nos jours une place centrale dans la vie de la plupart des gens. En effet, le nombre de personnes travaillant plus de 50 heures par semaine a augmenté de 30,8% au Canada entre 1976 et 1985 (Vézina et al., 1992). De plus, trop souvent encore, plusieurs types d'emplois comportent non seulement des risques pour la santé physique et mentale des travailleurs mais aussi des risques pour le bien-être général de ces derniers. Si les atteintes à la santé physique sont mieux connues, il ne faut toutefois pas négliger l'aspect de la santé mentale. En effet, les statistiques sur la santé mentale au travail sont de nature à nous préoccuper. Une étude menée par le Bureau International du Travail dans cinq pays (Finlande, Allemagne, Royaume-Uni, États-Unis et Pologne) en arrive à la conclusion qu'un travailleur sur dix souffre d'une atteinte à sa santé mentale (dépression, stress, anxiété, surmenage) (BIT, 2000). En Grande-Bretagne, l'étude longitudinale Withehall II, réalisée auprès d'employés de la fonction publique anglaise, fait état de prévalences de détresse psychologique de 21% pour les hommes et de 25% pour les femmes. Au Québec, 17% des travailleurs présentaient des niveaux élevés de détresse psychologique en 1987, et en 1992-1993, ce chiffre était passé à 26% alors qu'en 1998 ce taux est tombé à 19% (Marchand et al., 2000). Les coûts de ces atteintes à la santé mentale seraient de 4 milliards de dollars (dollars canadiens) pour le Québec seulement (Vézina et al., 1992). Aux États-Unis, ces coûts sont estimés à 200 milliards de dollars (dollars américains) et en Grande-Bretagne, ces coûts seraient de l'ordre de 10% du PIB (Marchand et al., 2003). Au Canada, et ce depuis les années 1990, les compagnies d'assurance doivent faire face à une forte croissance des demandes d'indemnisation pour les absences dues à des problèmes de santé mentale liés au travail (Vézina, 1999). Par ailleurs, les indemnités versées pour les invalidités reliées à des problèmes de santé mentale au travail, en 1993, représentaient 24% de toutes les primes des compagnies d'assurance-invalidité et devançaient les indemnités versées pour les accidents de travail (15%) et les maux de dos (10%) (Moskovakis, 2002). Finalement, Moskovakis (2002) mentionne également qu'avec les niveaux élevés de détresse psychologique que présentent les travailleurs du

Québec, cette province fait partie des sociétés industrialisées qui ont les plus hauts taux de détresse psychologique.

Comme il vient d'être démontré, les problèmes touchant à la santé mentale sont répandus et ont des effets néfastes importants sur les milieux de travail. De fait, les statistiques présentées montrent que ces problèmes ont des effets néfastes à la fois pour le bien-être des travailleurs ainsi que pour la santé économique des employeurs et des gouvernements les employant. Dû aux multiples changements survenus dans le monde du travail récemment, les causes de ces problèmes de santé mentale sont souvent issues des conditions de travail dans lesquelles oeuvrent les travailleurs. La revue de la littérature qui sera présentée au lecteur dans le prochain chapitre montre qu'outre les prédispositions individuelles et certains facteurs environnementaux, les facteurs de risque associés directement au travail occupent une place importante dans l'explication des troubles associés à la santé mentale des travailleurs.

Ce mémoire s'intéresse donc au phénomène de la détresse psychologique chez les travailleurs en vue d'obtenir des résultats empiriques concernant l'influence de l'environnement de travail sur ce problème de santé pour un groupe occupationnel particulier, celui du personnel infirmier.

Plus largement, une équipe F.C.A.R. (fonds pour la formation de chercheurs et de l'aide à la recherche), faisant partie du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (G.R.A.S.P.), a récemment initié un programme de recherche portant sur la problématique de la détresse psychologique en lien avec le travail. Le programme de recherche de cette équipe vise à estimer la contribution spécifique de différentes caractéristiques de l'environnement de travail sur la détresse psychologique. Les données utilisées par l'équipe pour les recherches proviennent des trois volets de l'Enquête de Santé Québec (1987, 1992-1993, 1998). Cette équipe a déjà réalisé une étude, portant sur l'ensemble de la main-d'œuvre, à l'aide des données de 1987. Cette étude a permis de dégager que la majeure partie de la variance de la détresse psychologique se situait davantage au niveau des différences dans les conditions de travail perçues par les travailleurs qu'au niveau des différences entre les occupations.

Ceci suggère qu'il est très pertinent d'évaluer comment le travail est organisé et subjectivement expérimenté par les travailleurs d'une catégorie occupationnelle spécifique afin d'avoir une meilleure compréhension du rôle que chaque facteur du travail joue dans sa relation avec la détresse psychologique (Marchand et al., 2000). En termes de catégorie occupationnelle, deux ont déjà été étudiées, à savoir les cadres de premier niveau et les cols blanc semi-qualifiés. Cette étude poursuit donc dans la même lignée avec un groupe occupationnel susceptible de présenter des niveaux assez élevés de détresse psychologique, à savoir le personnel infirmier.

Ce mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre est consacré à la présentation de l'objet de recherche, à l'état des connaissances et à la problématique de recherche. Le deuxième chapitre présentera la méthodologie de recherche qui comprendra la présentation du modèle conceptuel et des hypothèses de recherche, ainsi que le cadre opératoire et la définition des variables, et finalement, le plan d'observation et le plan d'analyse. Le troisième chapitre présentera les résultats de l'étude. Nous y retrouverons les résultats des analyses descriptives, bi-variées et multivariées. Le dernier chapitre sera consacré à la discussion des résultats, à la présentation des forces et des limites de l'étude ainsi qu'aux pistes de recherches futures.

Chapitre I

L'objet de recherche, l'état des connaissances et la problématique de recherche

1.1 L'objet de recherche

1.1.1 L'objet de recherche

L'objet de cette recherche est d'étudier la détresse psychologique chez le personnel infirmier puisqu'il s'agit d'une catégorie occupationnelle ayant des taux de prévalence élevés, selon les résultats de diverses études empiriques qui seront recensées ultérieurement en regard de ce problème de santé.

Afin de bien saisir la population à l'étude, il est important de préciser en quoi elle consiste. Cette catégorie occupationnelle regroupe tous les types d'emploi suivants que l'on retrouve dans la Classification Canadienne Descriptive des Professions (1989) et la Classification type des Professions (1980) :

1. (3130) : Personnel spécialisé et auxiliaire des soins infirmiers et thérapeutiques.
2. (3131) : Infirmiers autorisés, diplômés et infirmiers en formation.
3. (3134) : Infirmiers auxiliaires autorisés.
4. (3135) : Aides-Infirmiers.

1.1.2 La question de recherche

Dans cette section, nous allons présenter la question qui oriente toute la recherche :

1. *Quelles sont les caractéristiques du travail qui expliquent les variations de détresse psychologique chez le personnel infirmier ?*

Le terme de "détresse psychologique" réfère à diverses manifestations psychosomatiques observables chez l'individu dont l'organisme réagit ou se défend face à des situations de vie pathogènes : réactions anxieuses et dépressives face à la vie, baisse des capacités intellectuelles (mémoire et concentration) fatigue et manque d'énergie, difficulté à dormir, absentéisme et repli sur soi. Quant au terme "caractéristiques du travail", il fait référence à divers aspects des conditions de travail telles que vécues et perçues par les travailleurs et qui sont susceptibles de représenter des situations pathogènes au plan de la détresse psychologique.

1.1.3 La pertinence et l'importance de la question de recherche en relations industrielles :

L'importance de cette question de recherche pour le domaine des relations industrielles provient du fait que depuis les dernières années, on observe de plus en plus de cas d'employés aux prises avec des problèmes de santé mentale au travail, comme en font foi les statistiques rapportées en introduction. De plus, de nombreux travaux ont démontré que le milieu de travail pourrait être dans certains cas en partie à l'origine de ces problèmes de santé mentale. Il est donc impératif de préciser quelles sont les caractéristiques rencontrées au travail qui contribuent à l'apparition de la détresse psychologique et à son aggravation éventuelle. Une fois ces caractéristiques identifiées, il sera possible d'identifier des moyens d'actions permettant d'agir de manière

préventive soit au niveau de l'apparition ou de l'aggravation de la détresse psychologique.

Au niveau des relations industrielles, il devient pertinent de procéder à une telle analyse puisqu'une fois découverts les facteurs de risque reliés au travail, il sera alors possible d'investir de façon éclairée dans un programme de prévention ciblé et efficace couvrant le domaine de la santé mentale. La question de recherche est aussi pertinente puisqu'elle permet d'examiner une catégorie occupationnelle où les taux de prévalence de la détresse psychologique sont rapportés comme étant élevés. Bref, la question à l'étude est très importante puisque les effets de la détresse psychologique sont très néfastes et nuisent à la fois au bien-être de l'individu qui en est victime ainsi qu'à la santé financière de l'entreprise chez qui ce dernier travaille.

1.2 L'état des connaissances

Cette section traitera de l'état actuel des connaissances et débutera, dans un premier temps, par une revue de la littérature scientifique portant sur la détresse psychologique en lien avec le travail. Par la suite nous examinerons la littérature portant sur la détresse psychologique chez un groupe occupationnel précis, c'est-à-dire celui des infirmiers et infirmières.

1.2.1 État des connaissances sur la détresse psychologique en lien avec le travail

Afin de clarifier cette problématique, certains auteurs ont mis au point des modèles théoriques. Trois d'entre eux sont incontournables et seront présentés ici, de même que les études empiriques qui ont tenté de les valider. Par la suite nous aborderons les études qui ont traité de la détresse psychologique au travail mais dans un contexte extérieur à ces trois modèles.

a) Le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979)

Ce premier modèle réunit deux grandes tendances qui jusqu'alors étaient traités séparément dans la littérature (Karasek, 1978a) cité dans Karasek, 1979), c'est-à-dire les demandes psychologiques du travail (Caplan et al. 1976 cité dans Karasek, 1979) ainsi que la latitude décisionnelle (Hackman et al., 1971 cité dans Karasek, 1979). Karasek (1979) définit les demandes psychologiques du travail comme étant des agents stressants présents dans un environnement de travail donné. Parmi ceux-ci, notons le travail réalisé sous une cadence élevée, les contraintes de temps imposées pour réaliser une tâche ou le travail mentalement exigeant. La latitude décisionnelle, quant à elle peut être comprise à l'aide de deux dimensions. La première s'appelle l'autorité décisionnelle et réfère au degré de contrôle que peut exercer un travailleur sur son travail (décisions et tâches). La deuxième dimension de la latitude décisionnelle se nomme discrétion sur les compétences et réfère aux opportunités qu'a un employé d'utiliser et de développer ses compétences grâce à son travail. Le modèle de Karasek (1979) fait deux prédictions. La première est qu'un emploi où les demandes psychologiques du travail sont élevées alors que la latitude décisionnelle est basse, va être générateur du plus haut niveau de stress au travail. Ces emplois sont qualifiés "d'emplois à haute tension". Il existe trois autres types d'emplois issus de la combinaison de ces deux même dimensions. Les emplois combinant de fortes demandes psychologiques au travail ainsi qu'une latitude décisionnelle élevée sont dits emplois "actifs". Inversement, les emplois où les demandes sont basses alors que le degré de latitude décisionnelle est élevé sont appelés emplois à "basse tension" et sont perçus comme les emplois idéaux, c'est-à-dire ceux générant le moins de tension au travail. Ensuite, l'interaction entre des demandes psychologiques au travail faibles ainsi qu'une latitude décisionnelle faible caractérise les emplois dits "passifs". Karasek (1979) émet l'hypothèse que ce dernier type d'emploi, tout comme les emplois à haute tension, pourraient être générateurs de stress et reliés à l'insatisfaction au travail. La deuxième prédiction du modèle de Karasek (1979) est que les emplois dits actifs (demandes psychologiques au travail élevées et latitude décisionnelle élevée) vont amener un employé à développer ses compétences, à être

motivé par le défi que représente un tel emploi ainsi qu'à avoir une plus grande satisfaction au travail, ce qui en définitive augmente sa productivité.

Dans les années qui suivirent et encore aujourd'hui, de nombreuses études ont tenté de vérifier le lien entre le travail et la détresse psychologique en utilisant le modèle de Karasek (1979). D'autres études l'ont légèrement modifié afin d'explorer certains aspects plus spécifiques de la problématique. Ces différentes études n'arrivent cependant pas toutes aux mêmes résultats et ne supportent pas de façon constante le modèle de Karasek (1979). Par contre, ces études, pour la plupart, confirment les effets indépendants de chacune des dimensions du modèle sur la santé mentale des travailleurs.

Une première étude se rapportant au modèle de demande-contrôle de Karasek (1979) est celle de de Jonge et al. (2000 (a)). Cette étude, réalisée auprès de 11,636 employés (8,145 hommes et 3,491 femmes) réunis dans huit secteurs d'emploi différents (santé, transport, industrie, travail de bureau, entretien ménager, commerce de détail, travail en entrepôt), apporte un support empirique au concept d'emploi à haute tension (demandes psychologiques élevées, latitude décisionnelle peu élevée) en démontrant que des gens évoluant dans ce type d'emploi avaient plus de risques de souffrir d'épuisement émotionnel, de plaintes psychosomatiques, de problèmes de santé et d'insatisfaction au travail. Nous verrons ultérieurement que cette étude apporte aussi un support empirique à un autre modèle, celui de Siegrist (1996) et que ce support est plus puissant que pour le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979). Une étude connexe de de Jonge et al. (2000 (b)) s'est attardée à vérifier les hypothèses de Karasek (1979) mais en utilisant des indicateurs de demandes psychologiques et de latitude décisionnelle comportant plusieurs facettes et qui se veulent plus représentatifs du contexte de travail actuel. Les résultats de cette étude fournissent à nouveau un support empirique au modèle de Karasek (1979). De plus, cette étude supporte également l'hypothèse de l'apprentissage, qui selon le modèle, aurait lieu lorsqu'un employé évolue à l'intérieur d'un emploi actif (demandes psychologiques et latitude décisionnelle élevées). En effet, les emplois actifs seraient responsables de résultats positifs au travail (motivation élevée et satisfaction au travail). Finalement, il est intéressant de mentionner que de Jonge et al. (2000 (b)) se

sont servis de plusieurs groupes occupationnels homogènes et bien définis ($n = 2,485$ dont 1,789 hommes et 696 femmes) à l'intérieur du secteur des services (secteurs de la santé, transport, milieu bancaire/assurances, commerce de détail et travail en entrepôt) tout en mentionnant que ce procédé semblait fournir des analyses plus significatives. De plus, de Jonge et al. (2000 (b)) citent quelques auteurs (Kristensen, 1996; Sparks & Cooper, 1999) qui ont remarqué qu'un large échantillon hétérogène réduisait les chances de produire des effets d'interaction en raison d'une tension entre la diversité des occupations individuelles et la diversité des caractéristiques de travail. Cette observation se révèle, comme nous le verrons plus loin, très utile pour la présente étude, puisque cette dernière portera sur un groupe occupationnel homogène et bien défini, le personnel infirmier.

Une autre étude apportant un support empirique au modèle de demandes-contrôle est celle de Schecter et al. (1997). Cette étude, réalisée auprès de 1,079 employés d'une compagnie de communication a démontré que les emplois à haute tension (demandes psychologiques élevées et latitude décisionnelle faible) étaient associés à un niveau accru de stress, d'absentéisme et à une détérioration de l'état de santé perçu, contrairement aux emplois à basse tension (demandes psychologiques faibles et latitude décisionnelle élevée). Toutefois, et contrairement à ce que prédit le modèle de Karasek (1979), les employés évoluant dans les emplois actifs (demandes psychologiques et latitude décisionnelle élevées) étaient ceux qui présentaient les niveaux de stress et de consommation d'alcool les plus élevés. Selon le modèle, on aurait pu s'attendre à observer un niveau de stress plus élevé en emploi actif qu'en emploi à basse tension, mais moins élevé que dans les emplois dits passifs (demandes psychologiques et latitude décisionnelle faibles) et encore moins élevé que dans les emplois à haute tension. Les auteurs tentent cependant d'expliquer ces résultats surprenants par le processus de réduction de personnel en cours à l'intérieur de l'entreprise au moment de l'étude et qui touchait principalement la catégorie des emplois qualifiés d'actifs.

L'étude longitudinale de Mausner-Dorsch et Eaton (2000), portant sur un échantillon de 905 adultes de l'Est de Baltimore a observé que chez les femmes, une

tension élevée au travail (demandes psychologiques élevées et latitude décisionnelle faible) était un facteur important lié à trois formes sérieuses de dépression (en ordre décroissant : épisode de dépression majeure, syndrome dépressif et dysphorie). Il est à noter que plus les formes de dépression étaient sévères, plus l'association avec la tension au travail était sévère. Par contre, pareils résultats n'ont pu être mis en lumière chez les hommes.

Une dernière étude apportant un support empirique au modèle de Karasek (1979) est celle ayant porté sur la monotonie au travail de Johansson (1989), facteur étant apparenté à un faible niveau de demandes psychologiques (sous-utilisation des compétences). L'auteur relève deux types de monotonies différentes pouvant se rencontrer en milieu de travail et tente de les distinguer. La première, la monotonie répétitive est celle que l'on retrouve chez les employés travaillant sur une chaîne de montage. La deuxième, la monotonie sans incident, se retrouve par exemple chez les travailleurs qui sont opérateurs dans une chambre de contrôle, lorsque rien de particulier ne se produit. Johansson (1989) fait référence à une étude réalisée par Caplan et al. (1975) auprès de 2 010 hommes répartis à travers 23 professions différentes et qui analyse ces deux types de monotonies. Les résultats obtenus par ces auteurs montrent que les deux groupes (assembleurs et opérateurs de moniteur à flot continu) rapportent un niveau élevé d'insatisfaction au travail. Cependant, les assembleurs (monotonie répétitive), rapportent les niveaux les plus élevés d'anxiété, de dépression, d'irritabilité et d'insatisfaction quant à leur charge de travail. De plus, Caplan et al. (1975) ont observé que les deux groupes souffraient de la sous-utilisation de leurs compétences mais que cette tendance était plus prononcée chez les assembleurs (monotonie répétitive). Nous sommes donc en mesure d'affirmer que cette étude de Caplan (1975) supporte le modèle de Karasek (1979) en ce qui a trait au type d'emploi dit "passif" (c'est-à-dire où les demandes psychologiques du travail et la latitude décisionnelle sont faibles). Enfin, l'étude de Jex et Bliese (1999), en arrive à la conclusion qu'un niveau élevé dans la signification de la tâche, i.e. avoir le sentiment que son travail est important, est associé à une baisse du niveau de tension psychologique.

Nous venons de passer en revue une série d'études qui, en général, supportaient le modèle de Karasek (1979). Cependant, d'autres études apportent un support plus mitigé à celui-ci. Stansfeld et al. (1999) ont examiné les résultats de l'étude Whitehall II à la lumière des modèles de Karasek (1979) et de Siegrist (1996) (nous y reviendrons) pour aboutir à la conclusion qu'il n'y avait pas d'interaction significative entre les demandes psychologiques du travail et la latitude décisionnelle dans le développement de maladies psychiatriques. Par contre, il est important de mentionner que chacune des variables du modèle a présenté des effets indépendants sur le niveau de santé mentale des 10,308 fonctionnaires (6,895 hommes et 3,413 femmes) recensés dans l'étude Whitehall II.

Vézina et al. (2000), dans une étude longitudinale, ont quant à eux testé le modèle de Karasek (1979) en lien avec l'isolement social. Leurs résultats, obtenus à l'aide d'un échantillon de 16,950 salariés français (9,787 hommes et 7,163 femmes) sont mitigés. Dans un premier temps, ils ont découvert que la distribution des prévalences de l'isolement social chez les hommes et chez les femmes s'ordonnait dans le sens attendu avec la tension au travail. En effet, les emplois à basse tension (demandes psychologiques basses et latitude décisionnelle élevée) s'accompagnaient de moins d'isolement social, alors que c'était le cas inverse pour les emplois à haute tension (demandes psychologiques élevées et latitude décisionnelle basse). Cependant, Vézina et al. (2000) observent également que les prévalences et incidences de l'isolement social ne sont liés qu'à la composante de la latitude décisionnelle et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. De plus, la composante des demandes psychologiques du travail n'est associée à l'isolement social que chez les hommes.

Pour conclure, une dernière étude, celle de Beehr et al. (2001) a testé sur un échantillon de 115 employés de manufactures (76 hommes et 39 femmes) le modèle de demandes-contrôle de Karasek (1979) en procédant à une opérationnalisation des variables qui se voulait plus apparentée à leur conceptualisation d'origine. Cependant, après avoir mis à l'épreuve ce modèle "fidèle" face au modèle original, les résultats n'apportent aucun support empirique à ce dernier. En effet, les résultats ne font état

d'aucune interaction significative entre les demandes psychologiques du travail et la latitude décisionnelle sur la tension au travail. De plus, les résultats n'ont pas permis d'observer l'effet principal modérateur de la latitude décisionnelle sur la tension au travail.

b) Le modèle demandes-contrôle-support de Karasek et Theorell (1990)

De façon parallèle à la parution du modèle original de Karasek (1979), le courant de recherche portant sur le support social (Payne, 1979; Johnson et Hall, 1988) a amené Karasek et Theorell (1990) à considérer le support social en tant que variable modératrice pouvant venir influencer la relation entre les demandes psychologiques du travail et la latitude décisionnelle quant à leur effet sur la santé mentale des travailleurs

Le modèle ainsi élaboré prédit que la tension sera à son niveau le plus élevé lorsque les demandes psychologiques du travail seront élevés, que la latitude décisionnelle sera faible et que le support social sera lui aussi faible. Cette situation est dite "iso-tension". De plus, Karasek et Theorell (2000) mentionnent qu'au travail, la source de support social revêt une importance particulière et que ce sont les superviseurs et les collègues de travail qui représentent la principale source de support pour la majorité des travailleurs. Ces deux auteurs font également la distinction entre les deux plus importants types de support social, à savoir le support instrumental (s'il y a manque de ressources matérielles, quelqu'un devrait être là pour aider) et le support émotionnel (une personne avec qui un travailleur pourrait partager ses sentiments concernant les problèmes au travail).

Dans le même ordre d'idée, l'étude de Sargent et Terry (2000) réalisée auprès d'un groupe de 80 employés de bureau a démontré qu'un niveau élevé de support de la

part du superviseur réduisait les effets négatifs d'un emploi à haute tension (demandes psychologiques élevées et latitude décisionnelle faible). En effet, les travailleurs dans cette situation rapportaient des niveaux plus élevés de satisfaction au travail ainsi qu'un niveau de dépersonnalisation réduit. De plus, cette étude montre qu'un niveau élevé de support de la part des collègues de travail augmente le niveau de performance au travail des travailleurs évoluant dans un emploi à haute tension (demandes élevées, contrôle faible). Finalement, cette étude prédit que les effets positifs des emplois actifs (demandes élevées, contrôle élevé) se feront sentir uniquement s'il y a présence de support de la part du superviseur ainsi que des collègues de travail.

Une étude de Calnan et al. (2000) réalisée auprès de 1089 travailleurs du milieu de la santé apporte elle aussi un support empirique au modèle de demandes-contrôle-support en montrant que des demandes psychologiques du travail élevées, une latitude décisionnelle faible ainsi qu'un faible niveau de support social avaient des répercussions négatives sur les niveaux de tension et de satisfaction au travail, menant ultérieurement à des problèmes de santé mentale. McDonagh (2000) obtient des résultats semblables concernant les emplois actifs et les emplois à haute tension. Janssen et al. (2001), obtiennent quant à eux des résultats démontrant que le manque de support social est le principal déterminant du burnout et des problèmes de santé pour les 210 travailleurs de la construction faisant l'objet de l'étude.

D'autres études se sont attardées à examiner la relation pouvant exister entre les catégories occupationnelles et la tension psychologique. Une première étude, celle de Niedhammer et al. (2000) a examiné les catégories occupationnelles en fonction des modèles de Karasek et Theorell (1990) et Siegrist (1996) et a constaté que les demandes psychologiques, la latitude décisionnelle, le soutien social et les récompenses augmentent en fonction du type d'emploi (dans l'ordre : le niveau d'exécution, le niveau intermédiaire et le niveau de cadre). De plus, cette étude indique que les situations les plus à risque pour la santé, qui résultent soit de demandes psychologiques élevées et de latitude décisionnelle faible (Karasek et Theorell, 1990) ou encore d'un déséquilibre entre les efforts élevés et les récompenses faibles (Siegrist, 1996) sont plus fréquentes pour les

catégories occupationnelles se situant dans le niveau d'exécution et dans le niveau intermédiaire. Cette observation, selon les auteurs, contribuerait à la création des inégalités sociales en matière de santé. Une deuxième étude, celle de Marchand et al. (2000), montre que la détresse psychologique est plus élevée chez les travailleurs semi-professionnels, les cadres intermédiaires, les contremaîtres, les travailleurs dans le domaine de la vente et des services ainsi que chez les cultivateurs, que chez les travailleurs manuels non-qualifiés (groupe de référence).

Cependant, il existe de nombreuses études qui n'apportent pas un support aussi complet au modèle de Karasek et Theorell (1990). Dans une série de trois études portant sur un total de 270 étudiants d'université (167 femmes et 103 hommes), Searle et al. (2001) montrent que les demandes psychologiques du travail ainsi que la latitude décisionnelle ont tous les deux des effets indépendants sur le stress au travail, la satisfaction ainsi que le niveau subjectif de performance. Par contre, le support social, qu'il soit instrumental ou émotionnel, n'a semblé avoir aucune influence sur le niveau de stress, bien qu'il ait contribué à augmenter la satisfaction et le niveau de performance subjective. De plus, les auteurs de l'étude n'ont relevé aucune interaction significative entre le support social et les variables du modèle demandes-contrôle (demandes psychologiques du travail et latitude décisionnelle). Cette découverte va donc à l'encontre du rôle de modérateur attribué au support social dans le modèle.

Une autre étude ayant produit des résultats mitigés est celle de Rafferty et al. (2001) qui a voulu mettre en lien les composantes du modèle demandes-contrôle-support avec les trois composantes du burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, baisse d'accomplissement personnel) et dont la première composante s'apparente à la détresse psychologique. Les résultats de cette étude, tirés d'une population de 164 travailleurs du secteur des services sociaux (123 femmes et 41 hommes) montrent que des variables du modèle (demandes psychologiques du travail, latitude décisionnelle et support social) présentent toutes des effets indépendants sur les trois composantes du burnout. Par contre, les auteurs attirent notre attention sur le fait que la latitude décisionnelle ne donne pas toujours les mêmes résultats en fonction de la dimension de

cette variable que l'on évalue. En effet, il a été démontré que la dimension de "discrétion sur les compétences" était associée aux trois composantes du burnout alors que la dimension "autorité décisionnelle" ne l'était pas. Les résultats de cette étude n'indiquent également aucune interaction modératrice du support social, sur une latitude décisionnelle faible et des demandes psychologiques au travail élevées quant à leurs effets négatifs sur le burnout.

Pour conclure, Vermeulen et Mustard (2000) n'ont pas été en mesure de trouver une interaction significative entre le support social et la tension au travail. Par contre, ces deux auteurs mentionnent avoir utilisé une mesure instrumentale de support social alors que LaRocco et al. (1980) ont démontré qu'en fait, c'est le support émotionnel qui aurait les effets modérateurs les plus importants sur la tension au travail en lien avec les réponses affectives. Vermeulen et Mustard (2000) citent par ailleurs quelques études appuyant cette observation : Dollard et Winefield (1998); Bourbonnais et al. (1996); ainsi que Lerner et al. (1994). Par contre les résultats de l'étude de Steiner et al. (2001) ne vont pas dans la même direction que ceux des études citées par Vermeulen et Mustard (2000).

De nombreuses études ont aussi examiné le rôle du support social sans toutefois utiliser le cadre théorique du modèle de Karasek et Theorell (1990). C'est le cas de l'étude de Wilkins et Beaudet (1998) qui s'est penchée sur les effets du soutien social provenant des collègues de travail ainsi que du superviseur chez 9 023 travailleurs canadiens de 18 à 64 ans (4 709 hommes et 4 314 femmes). Les résultats montrent que le faible soutien social de la part des collègues de travail est lié de façon significative au sentiment de détresse chez les femmes. Cependant, aucune interaction significative n'a été observée en lien avec le support social provenant du superviseur. Cette constatation résulte peut-être, selon les auteurs, du fait que le questionnaire utilisé pour recueillir l'information ne contenait qu'un seul item se rapportant à cette dimension. Shigemi et al. (1997), dans une étude menée au Japon sur 761 travailleurs d'une compagnie d'électronique (350 hommes et 411 femmes) et évaluant le lien entre le stress perçu au travail et la santé mentale a découvert que le fait d'entretenir de mauvaises relations

avec son superviseur représentait un important facteur de risque pour la santé mentale des travailleurs. Finalement, Frese (1999) dans une étude portant sur le lien entre les stressseurs au travail (psychologiques, physiques, sociaux) et la santé mentale (plaintes psychosomatiques, anxiété, dépression, irritation, tension) réalisée auprès de 90 cols bleus (tous des hommes), a découvert que le support social exerçait un effet modérateur sur la relation unissant ces deux facteurs. De plus cette étude met en évidence que le support social affecte plus fortement les stressseurs qui sont de nature sociale ainsi que les désordres psychologiques d'orientation sociale.

c) Le modèle de déséquilibre effort-récompense Siegrist (1996)

Le postulat principal du modèle de Siegrist (1996) est que le rôle assumé par un individu au travail va établir un lien crucial entre des fonctions comme l'estime de soi, l'efficacité personnelle et toute la structure d'opportunités sociales. Cependant, les effets bénéfiques du rôle au travail sur la régulation des émotions et de la motivation a un pré-requis, la réciprocité. Le modèle prédit donc qu'un manque de réciprocité entre les efforts extrinsèques (demandes et obligations du travail) et les récompenses extrinsèques (argent, estime, sécurité d'emploi, opportunités de carrière), combiné à un haut niveau de sur-engagement au travail (série d'attitudes, de comportements et d'émotions qui reflètent un niveau d'effort excessif, combiné à un fort désir d'être approuvé et estimé menant éventuellement à une mauvaise évaluation de la relation existant entre les coûts et les récompenses) est la formule qui a le plus de chances de produire les expériences stressantes et nocives à la santé mentale. Cependant, le modèle nous indique que même sans la composante intrinsèque (sur-engagement), un niveau d'effort élevé combiné à un niveau de récompense bas produira tout de même une situation stressante, en raison du manque de réciprocité à l'intérieur des échanges sociaux. De même, des efforts excessifs continus en combinaison avec des attentes de récompense décevantes attribuables à un niveau élevé de sur-engagement pourraient créer des expériences stressantes et ce même en l'absence de composantes extrinsèques (niveau d'effort élevé, niveau de récompense faible).

Ce modèle de déséquilibre effort-récompense a été mis à l'épreuve par quelques auteurs dont de Jonge et al. (2000 (a)) qui ont obtenu des résultats significatifs permettant de supporter le modèle. En effet, un déséquilibre entre les efforts et les récompenses était fortement associé avec des risques plus élevés d'épuisement émotionnel, de plaintes psychosomatiques, de symptômes physiques et d'insatisfaction au travail. Aussi, les gens caractérisés par un niveau élevé de sur-engagement, avaient de plus grandes chances de présenter un pauvre niveau de bien-être en raison du déséquilibre entre les efforts élevés et les récompenses faibles, que les gens ne présentant pas un tel niveau de sur-engagement. Calnan et al. (2000) ont aussi étudié le modèle de déséquilibre efforts-récompenses avec des employés du secteur de la santé. Leurs résultats tendent à supporter empiriquement le modèle de Siegrist (1996). En effet, la détresse au travail serait plus susceptible de se rencontrer dans un environnement où les efforts sont élevés mais où les récompenses sont faibles. Les auteurs mentionnent également que les composantes du modèle sont de bons indicateurs servant à prédire la détresse mentale. Pour conclure mentionnons l'étude de Stansfeld et al. (1999) qui prédit que la combinaison entre des efforts élevés et des récompenses faibles est très fortement associée à des risques accrus de développer des maladies psychiatriques. Il est à noter cependant que seuls la composante extrinsèque du modèle a été évaluée dans ce modèle.

Suite à la présentation des modèles de Siegrist (1996), de Karasek (1979) et de Karasek et Theorell (1990), nous pouvons donc constater que les conditions de travail caractérisées par des demandes psychologiques élevées, une latitude décisionnelle faible, et un support social faible semblent présenter une menace pour la santé mentale des travailleurs, tout comme un niveau d'effort élevé, un bas niveau de récompenses le tout combiné à un sur-engagement au travail. Cependant, d'autres facteurs reliés au travail ont aussi été documentés en lien avec des atteintes à la santé mentale des travailleurs.

Un premier facteur d'importance recensé dans la littérature est celui de l'insécurité d'emploi. Pollard (2001) s'est intéressé au lien existant entre l'insécurité d'emploi, le bien-être psychologique et la pression sanguine. Les résultats montrent que

le bien être psychologique rapporté par les 184 travailleurs (98 femmes et 86 hommes) soumis à une période de restructuration, est à son niveau le plus bas juste avant que la phase de réorganisation du travail ait lieu. Il semble que ce bas niveau de bien-être soit dû au sentiment d'insécurité concernant la situation occupationnelle future des travailleurs impliqués. De plus, l'ambiguïté des rôles est le facteur contribuant le plus à la dégradation du bien-être psychologique après la phase de réorganisation. Pour conclure, l'auteur mentionne que la pression sanguine est plus élevée pendant cette période. Taylor et al. (1997) mentionnent quelques études s'étant attardés à la problématique d'insécurité d'emploi. On y mentionne que l'incertitude concernant son emploi est associée à une foule de problèmes de santé mentale et physique comme la dépression, les symptômes physiques et les maladies physiques (Hamilton et al. 1990), l'abus d'alcool (Catalano et al. 1993), et un taux de mortalité accru (Sorlie et Rogot 1990). Finalement, McDounough (2000) pour sa part, à obtenu des résultats provenant de 8 748 travailleurs ayant entre 20 et 64 ans qui montrent qu'un niveau élevé d'insécurité au travail entraînait une réduction de l'état de santé rapporté par les travailleurs, un accroissement du sentiment de détresse ainsi qu'une augmentation de l'usage de médicaments. L'auteure émet l'hypothèse que l'insécurité d'emploi agirait de façon négative sur l'estime de soi ainsi que sur le sentiment de contrôle qu'un individu a sur son environnement, ce qui en retour aurait des conséquences délétères sur la santé mentale des travailleurs.

Un deuxième facteur d'importance étudié dans la littérature est celui des heures de travail et du temps supplémentaire. Spurgeon et al. (1997) sont d'avis que la relation entre les longues heures de travail et les problèmes de santé est influencée par le stress et ce de deux manières. Premièrement, les heures de travail agiraient directement comme agent stresser en faisant augmenter les demandes d'une personne qui essaie de maintenir un niveau de performance en dépit de la fatigue ressentie. Deuxièmement, de longues heures de travail agiraient indirectement sur la santé en augmentant la durée d'exposition aux autres sources de stress présentes dans l'environnement de travail du travailleur. Ces auteurs citent par ailleurs en revue plusieurs études reliant les longues heures de travail à divers indicateurs de détérioration de la santé mentale (Schmitt et al.

1980; Oppenheim, 1987; Duffy et McGoldrick, 1990; Daniels et Guppy, 1995; Ezoe et Morimoto, 1994; Galambos et Walters, 1992; Ragatt, 1991). L'étude de Marchand et al. (2000) montre elle aussi que de travailler de longues heures était significativement lié avec l'augmentation du niveau de détresse psychologique. Jex et Bliese, (1999) se sont attardés sur le rôle modérateur de l'auto-efficacité et de l'efficacité collective dans la relation unissant les heures de travail et la tension psychologique. Les auteurs mentionnent que Bandura (1997) définit l'auto-efficacité comme représentant les croyances qu'un individu a à propos de la probabilité qu'un de ses comportements ou qu'une de ses actions puissent être mis en exécution. Leurs résultats confirment l'effet des longues heures de travail sur la tension psychologique et montrent qu'un niveau élevé d'auto-efficacité vient modérer la relation entre les deux variables. Cependant, pareil résultat n'a pu être obtenu avec l'efficacité collective. Donc, comme l'a montré Bandura (1997), un employé qui se perçoit comme étant compétent ou auto-efficace a moins de chances de percevoir les stressseurs au travail (dans ce cas-ci les longues heures de travail) comme menaçants. Pour conclure, Van der Hulst et Geurts (2001) ont examiné le lien existant entre le temps supplémentaire et la détresse psychologique dans les emplois à haut et à bas niveau de récompenses (Siegrist, 1996). Leurs résultats montrent que le temps supplémentaire, effectué dans un emploi où le niveau de récompenses est bas était un prédicteur de détresse psychologique en terme de burnout, d'interférence entre travail et vie chez-soi (work-home interference) ainsi que de mauvaise récupération des effets négatifs du stress. Par contre, ces effets semblaient être davantage liés au faible niveau de récompense plutôt qu'au temps supplémentaire. C'est ce qui a amené ces deux auteures à poser l'hypothèse que le temps supplémentaire effectué de façon involontaire est lié à une mauvaise santé psychologique mais seulement en situation où l'emploi fournit un niveau peu élevé de récompenses.

Un troisième facteur ayant été recensé est celui des horaires de travail. En premier lieu, l'étude de Marchand et al. (2000), pour sa part, a découvert qu'il y avait une relation significative entre un horaire de travail irrégulier et une augmentation du niveau de détresse psychologique. Schechter et al. (1997), rapportent dans leur étude que le fait d'avoir des horaires de travail variables entraîne des niveaux plus élevés de stress

à la maison. Knutsson et al. (1999) quant à eux ont tenté d'étudier l'effet médiateur de la tension au travail dans la relation unissant les horaires de travail à l'infarctus du myocarde. Leurs résultats cependant, ne confirment pas la présence d'un tel effet médiateur de la tension au travail. Par contre, les résultats ont démontré que les travailleurs de nuit rapportent plus de tension au travail que les travailleurs étant affectés à un horaire de jour, et ce, à la fois pour les hommes et les femmes.

Quatrièmement, certaines études se sont attardées à examiner la relation pouvant exister entre les catégories occupationnelles et la tension psychologique. Une première étude, celle de Niedhammer et al. (2000) a examiné les catégories occupationnelles en fonction des modèles de Karasek et Theorell (1990) et Siegrist (1996) et a constaté que les demandes psychologiques, la latitude décisionnelle, le soutien social et les récompenses augmentent en fonction du type d'emploi (dans l'ordre : le niveau d'exécution, le niveau intermédiaire et le niveau de cadre). De plus cette étude indique que les situations les plus à risque pour la santé, qui résultent soit de demandes psychologiques élevées et de latitude décisionnelle faible (Karasek et Theorell, 1990) ou encore d'un déséquilibre entre les efforts élevés et les récompenses faibles (Siegrist, 1996) sont plus fréquentes pour les catégories occupationnelles se situant dans le niveau d'exécution et dans le niveau intermédiaire. Cette observation, selon les auteurs, contribuerait à la création des inégalités sociales en matière de santé. Une deuxième étude, celle de Marchand et al. (2000), montre que la détresse psychologique est plus élevée chez les travailleurs semi-professionnels, les cadres intermédiaires, les contremaîtres, les travailleurs dans le domaine de la vente et des services ainsi que chez les cultivateurs, que chez les travailleurs manuels non-qualifiés (groupe de référence).

Finalement, un autre facteur d'importance a été recensé comme ayant une influence sur les niveaux de détresse psychologique des travailleurs. En effet, les résultats de deux études indiquent que la violence au travail serait significativement associée avec des niveaux élevés de détresse psychologique (Boudreau, 2002;

Moskovakis, 2002). En fait, dans ces deux études, la violence au travail est le facteur qui fait le plus augmenter les niveaux de détresse psychologique des travailleurs.

Hormis les facteurs d'importance dont nous venons de faire mention, il existe également une foule d'autres facteurs non liés au travail et qui sont associés aux différences individuelles en santé mentale. Parmi les facteurs pertinents, ceux qui se rencontrent le plus souvent sont le **sexe** (Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Stansfeld et al., 1999; Vermeulen et Mustard, 2000; Wilkins et Beaudet, 1998; Shigemi et al., 1997; Marchand et al., 2000; McDonough, 2000; Vézina et al., 2000; Reissman et al., 1999; Fuhrer et al., 1999), **l'âge** (McDonough, 2000; Marchand et al., 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Rafferty et al. 2001; Vermeulen et Mustard, 2000; Reissman et al., 1999; Fuhrer et al., 1999), **le statut marital** (McDonough, 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Fuhrer et al., 1999; Vermeulen et Mustard, 2000), **la race** (Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Rafferty et al., 2001), **le niveau d'éducation** (McDonough, 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Reissman et al., 1999; Rafferty et al. 2001), **le revenu** (McDonough, 2000; Vermeulen et Mustard, 2000), **le milieu familial et social** (Wilkins et Beaudet, 1998), **les attitudes dysfonctionnelles** (Guppy et Weatherstone, 1997), **les ressources d'adaptation aux situations stressantes** (Mak et Mueller, 2000; Guppy et Weatherstone, 1997), **la personnalité** (Mak et Mueller, 2000; Newack et Pentowski, 1994), **les habitudes de vie** (Vézina et al., 1992), **et la consommation d'alcool** (Baldwin et al. 1999; Bromet et al. 1990; Marchand et al. 2000; Taylor et al. 1997).

d) le modèle intégrateur de Vézina et al. (1992)

Dans les deux premières sections, nous avons passé en revue les deux modèles dominants existant dans la littérature, soit le modèle demandes-contrôle-support de Karasek et Theorell (1990) et le modèle de déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist (1996). Il existe cependant un troisième modèle, le modèle intégrateur de Vézina et al. (1992), qui reprend et intègre la plupart des facteurs énumérés jusqu'à maintenant. Cependant, avant de débiter avec la présentation de ce modèle, il est

nécessaire de mentionner que ce dernier n'a pas fait l'objet de tests empiriques, mais qu'il est plutôt issu d'une vaste revue de la littérature.

En premier lieu, le modèle identifie les facteurs du travail suivants comme susceptibles d'augmenter la tension psychologique : le travail répétitif ou monotone, une communication déficiente, l'ambiguïté et les conflits de rôle, la surcharge de travail, le travail dans le domaine de la relation d'aide, les horaires de travail alternants, le travail en situation de danger et L'exposition à des agresseurs physico-chimiques. Deuxièmement, le modèle identifie des facteurs de protection dans le milieu de travail permettant de lutter contre la tension psychologique, à savoir le soutien social (aide et collaboration des collègues, reconnaissance du milieu) et l'autonomie décisionnelle (utilisation et développement d'habiletés, pouvoir décisionnel sur le mode opératoire). Pour conclure, le modèle ajoute une dernière composante d'influence sur la santé mentale de l'individu, à savoir divers facteurs de nature plus individuelle. On y retrouve les événements stressants hors travail, les caractéristiques individuelles (le sexe, l'âge, l'état de santé et la personnalité) et, en dernier lieu les stratégies personnelles d'adaptation face à la tension psychologique (les stratégies cognitives, affectives et instrumentales, le soutien social hors travail et les habitudes de vie).

1.2.2 La détresse psychologique en lien avec le travail chez le personnel infirmier

Les études dont il sera fait mention dans cette deuxième partie porteront spécifiquement sur la catégorie d'emploi à l'étude, à savoir le personnel infirmier. Trois courants principaux ressortent de la littérature sur le sujet. Un premier courant représente les études qui reprennent le modèle de demandes-contrôle de Karasek (1979), dont il a été fait mention dans la première partie de cette revue de littérature, et qui l'appliquent au personnel infirmier. Viennent ensuite les études portant sur les différents facteurs liés au travail, indépendants des grands modèles présentés antérieurement, et pouvant être à l'origine de détresse psychologique chez le personnel infirmier. Un dernier courant s'attarde sur la relation pouvant exister entre les facteurs de stress liés au travail et le

burnout chez le personnel infirmier. Nous débuterons donc avec les études se rapportant au modèle de Karasek pour ensuite présenter dans l'ordre les deux autres courants.

a) Le modèle demande-contrôle de Karasek et la détresse psychologique chez le personnel infirmier.

Nous allons débiter cette première section avec la présentation d'une étude longitudinale de Bourbonnais et al. (1998) qui tente de faire le lien entre la tension au travail (job strain de Karasek) et la détresse psychologique chez un échantillon de 1891 infirmières réparties dans six hôpitaux de soins de courte durée de la province de Québec. Les résultats obtenus montrent que le fait d'être exposé à une forte tension au travail, (demandes psychologiques au travail élevées, latitude décisionnelle faible) est associé à un niveau élevé de tension psychologique chez le personnel infirmier à l'étude. Ces deux composantes, présentent aussi des effets indépendants sur le niveau de détresse psychologique des infirmières. Cependant, le support social, bien que présentant un effet indépendant significatif sur le niveau de détresse psychologique n'a pas agi comme variable modératrice sur l'association entre cette dernière et la tension au travail. Cette même étude fait mention de nombreuses autres variables ayant un effet indépendant sur le niveaux de détresse psychologique élevé des infirmières. Parmi celles-ci, notons le fait d'avoir un faible support social au travail, de ressentir de l'insécurité face à son statut d'emploi, d'avoir une personnalité de type A, avoir peu de support social hors-travail et le fait d'avoir vécu des événements de vie stressants dans les douze derniers mois. Il est à noter que cette étude a aussi évalué le lien existant entre le modèle de Karasek et Theorell (1990) et les composantes du burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel). Les résultats obtenus, du moins pour l'épuisement émotionnel, sont comparables à ceux observés pour la détresse psychologique. Landsbergis (1988) a obtenu des résultats similaires à ceux obtenus par Bourbonnais (1998). En effet, le but de cette étude était de tester les hypothèses de Karasek (1979) chez le personnel infirmier (n= 289; 275 femmes 14 hommes) en lien avec la détresse psychologique et avec les trois composantes du burnout (épuisement

émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel). Les résultats de cette étude confirment en partie le modèle de Karasek (1979) puisqu'une augmentation de la demande psychologique du travail est associée à une augmentation de l'insatisfaction au travail ainsi qu'à un niveau plus élevé de sentiments dépressifs. Une augmentation de la latitude décisionnelle produit des effets inverses. Pour ce qui est du burnout, les résultats sont similaires pour les composantes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. De plus, l'étude de Landbergis (1988) rapporte que l'influence et la participation du syndicat (un élément de la latitude décisionnelle) sont liés de façon significative à une réduction de l'insatisfaction face à son emploi.

Une deuxième étude de Bourbonnais et al. (1999) s'est attardée à examiner l'effet de la transformation du réseau de la santé au Québec sur la vie professionnelle et la santé d'un groupe de 2 006 infirmières (1882 femmes, 124 hommes), toujours en utilisant le modèle de Karasek et Theorell (1990). Les résultats de cette étude soutiennent encore une fois le lien entre la tension au travail et la détresse psychologique. Il est à noter toutefois que s'il existe un faible lien entre le soutien social au travail et la détresse psychologique, ce facteur ne vient pas modifier de façon significative l'association entre la détresse psychologique et la tension au travail. Les variables qui étaient significativement liées à une augmentation de la détresse psychologique dans ce contexte de restructuration étaient l'augmentation de la charge de travail, la diminution de la latitude décisionnelle, la réduction du soutien social au travail, ainsi que le conflit de rôle que les auteurs attribuent à l'augmentation de la charge de travail. Le groupe d'infirmières de cette étude a par ailleurs déclaré de façon très nette une augmentation de la charge de travail, de la contrainte de temps, du conflit de rôle, en plus d'une diminution du soutien social au travail. De plus, le tiers des répondantes a déclaré ne pas avoir reçu la formation suffisante pour effectuer une prestation de soins adéquate. Une étude récente de Bourbonnais et Mondor (2001) a évalué, toujours en lien avec le modèle de demandes-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990), s'il existait une relation entre la tension au travail vécue par les infirmières et les absences pour cause de maladie. Les auteurs divisent les absences pour cause de maladie en deux grandes catégories, à savoir les absences de courte durée (1 à 5

jours, sans certificat médical pour confirmer le diagnostic du médecin traitant) et les absences certifiées (plus de 5 jours, nécessitant un certificat du médecin). Ces absences se divisent elles-même en deux grandes branches, soit celles dues à des problèmes psychologiques et somatiques potentiellement liés à l'environnement psychosocial de travail (anxiété, dépression, désordres émotionnels etc.) et celles dues à toute autre cause, non-reliée à l'environnement psychosocial de travail (fracture, chirurgie, accident). Les résultats montrent que seules les absences de courte durée sont significativement associées avec la tension au travail (demandes psychologiques du travail élevées et latitude décisionnelle faible) bien que les absences certifiées, et en particulier celles dues à des problèmes de santé mentale aient montré une association allant dans le sens attendu. Cependant, les deux types d'absences certifiées étaient significativement associés à un faible niveau de support social au travail. Patterson et al. (1995) a quant à lui montré que la satisfaction au travail était inversement liée au nombre de jours d'absentéisme.

Une autre étude, celle de Amick III et al. (1998) a testé les composantes de tension au travail et "iso-tension" (demandes psychologiques élevées, latitude décisionnelle faible et faible niveau de support social au travail) en lien avec l'état de santé d'un groupe de 33,689 infirmières américaines. Les résultats de cette étude prouvent que les infirmières rapportant un niveau élevé de tension au travail sont celles qui obtiennent les scores les plus bas sur les échelles indiquant le niveau de santé (vitalité, santé mentale, douleurs, fonctionnalité physique). La condition de travail "iso-tension" est aussi associée aux niveaux de santé les plus faibles, et en particulier les niveaux de vitalité et de santé mentale. Dans une étude similaire auprès de 21,290 infirmières, Cheng et al. (2000) ont obtenu des résultats identiques. Une dernière étude se rapportant au modèle de Karasek et Theorell (1990) évalue si les demandes psychologiques du travail et la latitude décisionnelle ont une influence sur le bien-être en terme de santé et de satisfaction au travail chez les infirmières. Bien que chaque variable soit liée de façon indépendante avec la santé et la satisfaction au travail, aucune interaction n'a pu être démontrée entre les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle (Munro et al.; 1998).

b) Les divers facteurs liés au travail et la détresse psychologique chez le personnel infirmier

Dans la prochaine section seront passés en revue les études traitant de nombreux facteurs spécifiques, potentiellement liés à la détresse psychologique chez le personnel infirmier. Cependant, il est à noter que ces facteurs ont été évalués indépendamment des grands modèles présentés antérieurement. Une première étude, de nature longitudinale, celle de Bradley et Cartwright (2002), s'est attardée à examiner l'effet du support social et des agents stressants au travail en lien avec la détresse psychologique et la satisfaction au travail auprès d'un groupe d'infirmières réparties dans quatre établissements hospitaliers du nord de l'Angleterre. Les auteurs ont évalué quatre niveaux de support social, soit : le support organisationnel (i.e. provenant de l'entreprise même : par exemple une entreprise peut fournir un programme d'assistance aux employés ou encore donner de la formation touchant à certains aspects du travail pouvant s'avérer problématiques), le support provenant du superviseur, le support des collègues de travail et celui provenant d'une confidente. Les infirmières ont été interrogées à deux reprises (N = 350 au temps 1; 117 au temps 2) et ce, à six mois d'intervalle entre la mesure du temps un et la mesure du temps deux. Les résultats confirment que la présence de facteurs de stress au travail (charge de travail, rencontrer les échéances et la nature même du travail infirmier) était liée de façon significative avec la détresse psychologique. Par contre, les mêmes facteurs de stress bien que significativement liés à un bas niveau de satisfaction au travail au temps un, n'ont pas montré pareille association au temps deux. Pour ce qui est du lien entre le support social et le niveau de détresse psychologique, seul le support provenant de l'organisation s'est avéré être significatif au temps un. Pour ce qui est du temps deux, aucune des formes de support ne s'est trouvée à être liée avec la détresse psychologique. Au niveau de la satisfaction au travail, pour les temps un et deux, le seul support significatif fut le support organisationnel.

Decker (1997) a quant à lui réalisé une étude exhaustive des différents facteurs occupationnels et non-occupationnels liés à la fois à la satisfaction au travail et à la détresse psychologique chez un échantillon de 376 infirmières (18 hommes, 358 femmes). Au niveau de la satisfaction au travail, six facteurs se sont avérés être significatifs. Dans l'ordre, il y a les relations avec l'infirmière en chef, les conflits travail-famille, les relations avec les collègues de travail, le statut de l'unité (i.e. le contexte de travail), les relations avec les médecins et finalement, les relations avec les autres unités. En ce qui concerne la détresse psychologique, huit facteurs se sont avérés significatifs, à savoir, dans l'ordre, des traits de personnalité anxieux, le statut dans l'unité (la durée de temps pendant laquelle l'infirmière a travaillé sur la même unité), l'intégration sociale, l'expérience en tant qu'infirmière (relation négative), les relations avec l'infirmière en chef, les conflits travail-famille, le niveau hiérarchique et les relations avec les médecins. Decker (1997) remarque que les facteurs occupationnels sont de meilleurs indicateurs de la satisfaction au travail que de la détresse psychologique. Dans un même ordre d'idée, Haely et McKay (2000) ont examiné les relations possibles entre les facteurs de stress liés au travail chez les infirmières, les stratégies compensatoires et la satisfaction au travail ainsi que les perturbations de l'humeur (facteur mesuré par une échelle évaluant cinq types d'humeurs négatives : tension/anxiété, dépression/découragement, colère/hostilité, fatigue/inertie, confusion/désorientation). Les résultats montrent que les différents facteurs de stress rencontrés au travail sont liés de façon significative avec de bas niveaux de satisfaction au travail mais aussi avec des niveaux plus élevés de perturbations de l'humeur. De plus, l'utilisation de stratégies compensatoires de fuite-évitement s'est aussi avérée être significativement liée à un niveau plus élevé de stress et de perturbations de l'humeur. Au niveau des facteurs de stress, la surcharge de travail (manque de personnel, temps insuffisant pour compléter les tâches) est le facteur le plus souvent rapporté ainsi qu'un indicateur de perturbations de l'humeur. Les auteurs rapportent également un effet modérateur de la satisfaction au travail sur la relation entre le stress et l'humeur.

Deux études similaires ont aussi exploré le rôle du support social, de la satisfaction au travail et des stratégies compensatoires sur le niveau de détresse

psychologique de deux groupes de 72 et 245 (15 hommes, 227 femmes et 3 refus) infirmières respectivement (Tyler et Cushway , 1992; 1995). Outre l'augmentation du niveau de stress en fonction du grade d'emploi, ces deux études en sont arrivées à des conclusions semblables, à savoir que les facteurs qui influencent le plus le niveau de détresse psychologique des infirmières sont la charge de travail élevée ainsi que l'utilisation de stratégies compensatoires dites d'évitement, comme par exemple le fait d'ignorer la situation. Tyler et Cushway (1995) ont également étudié la possibilité qu'il existe un effet modérateur de la satisfaction au travail sur la relation unissant le stress au niveau de détresse psychologique mais les résultats se sont avérés non-significatifs. De plus, les résultats de cette étude font ressortir que le manque de support social, la préparation inadéquate des infirmières, les conflits avec d'autres infirmières, ainsi que les conflits avec les médecins comme représentant des sources supplémentaires de détresse psychologique.

Duquette et al. (1995), quant à eux, en arrivent à la conclusion que se sont la lourdeur de la charge de travail ainsi que les fréquents conflits inter (avec les médecins) et intra-professionnels (avec d'autres infirmières) qui représentent les principaux facteurs de risque associés à la santé mentale des infirmières. De plus, la hardiesse (sens de l'engagement et sentiment de maîtrise) a été identifiée comme étant la principale ressource protectrice contre l'épuisement professionnel (burnout) et la détresse émotionnelle. Petterson et al. (1995) ont pour leur part découvert que les infirmières (n=3500; 525 hommes, 2 975 femmes) satisfaites de leur travail présentaient moins de troubles de sommeil, d'anxiété, de symptômes dépressifs. Ces dernières souffraient moins d'épuisement émotionnel que leurs collègues insatisfaites de leur travail. En dernier lieu, la satisfaction au travail était aussi associée à un niveau moindre de jours d'absence pour cause de maladie. Tyler et al. (1991) ont aussi examiné les différences existant entre les infirmières oeuvrant dans les secteurs publics et privés en Angleterre (n=156). Les résultats montrent que les infirmières oeuvrant dans le secteur public sont plus affectées par la charge de travail tandis que celles oeuvrant dans le domaine privé perçoivent l'incertitude à propos d'un traitement comme étant le facteur de stress le plus présent. En dernier lieu, seule la charge de travail s'est avérée être un prédicteur

significatif de la santé et du bien-être. Engels et al. (1998), dans une étude portant sur un échantillon de 718 infirmières (72 hommes, 646 femmes), ont pour leur part découvert que les plaintes psychosomatiques étaient liées de façon significative avec les demandes psychosociales du travail. Par contre, aucune interaction n'a été mise à jour entre les demandes psychosociales du travail et la satisfaction au travail.

Une autre étude a examiné les différences existant entre certaines ressources compensatoires utilisées par les infirmières ($n=1\ 043$; 63 hommes, 980 femmes) pour maintenir une bonne santé lorsque soumises à un niveau élevé de stress au travail (traits de personnalité, stratégies compensatoires et support familial) (Boey; 1999). Les résultats de cette étude montrent que l'estime de soi ainsi que les stratégies compensatoires mettant l'emphasis sur les émotions négatives (blâmer les autres, suppression des sentiments) contribuent le plus à discriminer les infirmières stressées des infirmières exemptes de stress. De plus, les infirmières résistant le mieux au stress organisationnel se distinguaient plus par leur propension à perfectionner leurs habiletés (par des cours, de la lecture, etc.), ainsi qu'à adopter un autre mécanisme compensatoire appelé le changement de perspective, c'est-à-dire regarder les aspects positifs d'un événement. Ces dernières ont également fait mention qu'elles bénéficiaient d'un plus grand support provenant de leur famille que leurs collègues présentant un plus faible niveau de résistance au stress. Boey (1999) remarque que les infirmières dont les stratégies compensatoires consistent à faire face aux situations plutôt qu'à les fuir étaient plus résistantes face aux impacts négatifs du stress au travail.

Elovainio et Kivimäki (2001) ont testé un modèle unissant les antécédents (caractéristiques de l'emploi), les modérateurs (besoin de structure), les médiateurs (l'identité occupationnelle), ainsi que les conséquences (tension psychologique) de l'ambiguïté de rôle auprès de 1,240 infirmières. Les résultats confirment les deux hypothèses avancées, à savoir, premièrement, que le besoin de structure (un désir chronique pour la certitude combiné à une aversion pour l'ambiguïté) présente un effet modérateur sur la relation unissant les caractéristiques de l'emploi (feedback et contrôle) à l'ambiguïté de rôle. Plus le besoin de structure d'une personne se trouve à être élevé,

plus l'ambiguïté de rôle le sera également. Le besoin de structure pourrait donc affecter la résistance au stress des infirmières. Dans un deuxième temps, les résultats montrent que l'identité occupationnelle présente un effet médiateur sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et la tension psychologique. En effet, les auteurs proposent qu'un travailleur possédant une identité occupationnelle forte aura plus tendance à se sentir compétent dans ses tâches et par le fait même, à moins se fier aux indices environnementaux liés à son travail (parfois sources d'ambiguïté). Ceci contribuera donc à réduire son niveau de tension psychologique.

Une étude de Tummers et al. (2002) a voulu éclaircir la nature des relations pouvant exister entre les caractéristiques organisationnelles (complexité du rôle de soignant, incertitude au niveau de la tâche et du débit de travail, décentralisation de la prise de décision), les caractéristiques du travail (charge de travail, autonomie, support social, conflit de rôle, ambiguïté de rôle) et les diverses réactions d'ordre psychologique liées au travail chez le personnel infirmier (épuiement émotionnel, motivation intrinsèque envers son travail, les plaintes psychosomatiques, satisfaction au travail). Il importe de mentionner que les auteurs se sont servis du modèle de demandes-contrôle-support de Karasek et Theorell (1990) comme base pour la sélection des caractéristiques du travail et des réactions d'ordre psychologique y étant associées. Par contre, comme nous venons de le spécifier plus haut, les auteurs ont ajouté aux caractéristiques habituelles du modèle de Karasek et Theorell (1990) des éléments comme l'ambiguïté et le conflit de rôle et ont spécifié quatre variables différentes pour les réactions d'ordre psychologique. Les résultats obtenus auprès d'un échantillon de 1 204 infirmières (181 hommes, 1 023 femmes) se divisent en deux parties. La première touche aux relations existant entre les caractéristiques organisationnelles et les réactions d'ordre psychologique liées au travail. On y a aussi examiné les différents effets de médiation de la part des caractéristiques de travail. Il ressort que la complexité et la décentralisation de la prise de décision ont un effet indirect sur l'épuisement émotionnel et les plaintes psychosomatiques. La charge de travail joue le rôle de médiateur dans la relation unissant la complexité, l'épuisement émotionnel et les plaintes psychosomatiques, alors que le support social et l'ambiguïté de rôle occupent le rôle de facteurs modérateurs dans

la relation entre la décentralisation de la prise de décision et les mêmes deux résultantes. La relation entre la décentralisation de la prise de décision et des niveaux élevés de satisfaction au travail ainsi que de motivation intrinsèque s'est aussi avérée significative. Le deuxième volet des résultats de cette étude touche à l'examen de la relation entre les caractéristiques du travail et les diverses réactions d'ordre psychologique liées au travail chez le personnel infirmier. En premier lieu, une charge de travail lourde, un faible niveau de support social, des conflits de rôle nombreux, de même qu'un haut niveau d'ambiguïté de rôle sont associés à un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Ensuite, les plaintes de nature psychosomatiques sont expliquées par une lourde charge de travail, un faible niveau de support social et des conflits de rôle nombreux. Finalement, la satisfaction au travail est fortement associée avec un niveau élevé de support social ainsi qu'une charge de travail peu élevée.

Certaines autres études ont examiné les effets de la restructuration en milieu hospitalier sur la santé mentale du personnel infirmier. Une première étude touchant à la restructuration en milieu hospitalier s'est attardée à examiner la relation unissant l'insécurité d'emploi et la santé mentale chez le personnel infirmier (Maurier et Northcott; 2000). Ces derniers ont indiqué que la possibilité de perdre son emploi dans un futur rapproché représentait la principale cause de stress rencontré au travail. Les autres causes sont, dans l'ordre, le remplacement des infirmières par des aides infirmières, l'incapacité de répondre aux demandes des médecins, patients ou autres professionnels de la santé, le manque de temps pour fournir du support émotionnel aux patients et à leurs familles et finalement, de devoir travailler avec des infirmières inexpérimentées. Les résultats montrent que les variables de l'insécurité d'emploi, bien qu'expliquant 16% de la variation du niveau de dépression dans le modèle initial, ne sont pas liées de façon significative avec ce dernier dans le modèle final. Par contre, l'évaluation primaire d'une menace (i.e. le jugement d'une personne face à une situation stressante en terme de menace) présente une relation significative avec le niveau de dépression (plus une situation apparaît menaçante, plus le niveau de dépression sera élevé). Au niveau des stratégies compensatoires, celle d'évitement et de fuite présente un lien significatif avec des niveaux de dépression élevés. Pour ce qui est des stratégies

de résolution de problèmes et de ré-évaluation positive des situations stressantes, elles sont toutes deux en lien avec des niveaux de dépression moindres.

Finalement, une dernière étude a analysé le rôle des stratégies compensatoires sur le bien-être du personnel infirmier lors d'une période de restructuration en milieu hospitalier (Burke et Greenglass; 2000). Les résultats de cette étude obtenus auprès d'une population de 1 363 infirmières (68 hommes, 1 295 femmes) montrent que le personnel infirmier rapportant être soumis aux effets d'une restructuration importante perçoit davantage son emploi comme étant menacé, éprouve moins de satisfaction au travail et présente plus de plaintes psychosomatiques. Les mêmes liens significatifs existent entre, d'une part, la perception d'une menace pour son emploi, la satisfaction au travail et les plaintes psychosomatiques et d'autre part, la satisfaction au travail et les plaintes psychosomatiques. Au niveau des stratégies compensatoires, les résultats de cette étude mettent en lumière que le fait d'utiliser des stratégies de fuite (par exemple tenter de ne pas se laisser atteindre par un problème, l'ignorer) face à une situation stressante (restructuration) est significativement lié à une hausse du niveau perçu de menace pour son emploi, à une diminution de la satisfaction au travail et à une hausse du nombre de plaintes psychosomatiques. D'autre part, le personnel infirmier utilisant des stratégies dites de contrôle (par exemple avoir une attitude proactive face à la gestion et au règlement du problème) a tendance à percevoir les restructurations comme moins importantes, à éprouver plus de satisfaction envers son emploi et à rapporter moins de plaintes psychosomatiques.

c) Les divers facteurs liés au travail et le burnout chez le personnel infirmier

Cette section, qui constitue la dernière partie de ce relevé de littérature portera sur le burnout et sur les liens que ce dernier entretient avec divers facteurs liés au travail chez le personnel infirmier. Il est cependant essentiel, avant de débiter cette section, de bien cerner le burnout et ses composantes. Selon Maslach et al. (2001), le burnout est composé de trois dimensions importantes. La première, l'épuisement émotionnel, est la

composante la plus fréquemment rapportée ainsi que la plus fréquemment étudiée. La seconde composante est la dépersonnalisation, qui représente une tentative pour mettre une distance entre soi et son travail. Il en résulte une indifférence et un cynisme face au travail à accomplir. La dernière composante qui est rapportée par Maslach et al. (2001) est celle de la réduction des accomplissements personnels et de l'efficacité. Cependant cette composante semble plutôt se développer en parallèle avec les deux autres composantes du burnout mentionnées précédemment. L'auteur mentionne que le manque d'efficacité semble provenir d'un manque de ressources alors que l'épuisement et le cynisme proviendraient plutôt de la présence d'une surcharge de travail et de conflits sociaux au travail. Certaines études ont aussi pris le soin de positionner le burnout par rapport à ce qui fut analysé précédemment, à savoir la détresse psychologique. La première, celle de Büssing et Glaser (2000), considère le burnout comme étant une des réactions subjectives possibles de survenir en présence de tension au travail. Donc, une personne peut développer un burnout ou simplement en rester à un niveau ne dépassant pas la tension psychologique en fonction de l'évaluation qu'il se fait d'une situation stressante et des moyens qu'il prend pour y faire face. Bref, il s'agirait d'une forme plus grave de détresse psychologique, qui serait tributaire de la capacité d'une personne à résister aux stress présents au travail. (Maslach et al; 2001). Dans le même ordre d'idée, Vézina et al. (1992) incluent dans leur modèle trois phases d'atteintes à la santé mentale, placées sur un continuum, résultant des facteurs de risques au travail recensés. La première est celle des réactions psychologiques et comportementales (par exemple : réactions anxiodépressives, somatisation, trouble du sommeil, modification de la personnalité, dépression, etc.), qui est apparentée à la détresse psychologique et qui sur une période plus ou moins longue, peut amener l'apparition d'une maladie. La deuxième phase est celle des pathologies réversibles (par exemple : anxiété généralisée, maladie dépressive, burnout). On observe donc ici que le burnout est considéré par les auteurs comme une maladie découlant des réactions psychologiques et comportementales de la phase I. Finalement, la troisième phase concerne les atteintes irréversibles et graves, pouvant entraîner une incapacité (découlant par exemple d'une maladie cardio-vasculaire), voire même la mort.

À présent que les bases conceptuelles ont été posées, passons à la revue de la littérature spécifique au personnel infirmier. Une étude de Büssing et Glaser (2000), réalisée auprès d'un échantillon de 482 infirmières (60 hommes, 422 femmes) met en lien les facteurs de stress au travail (diverses formes d'interruptions), le stress au travail (efforts additionnels, accroissement de l'intensité de l'effort et actions risquées), qui représente en fait la résultante des facteurs de stress ainsi que la tension psychologique (par exemple, le burnout). Les auteurs ont plus spécifiquement voulu vérifier l'impact des facteurs de stress sur les deux principales composantes du burnout, c'est-à-dire l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ainsi qu'évaluer les effets de l'autonomie au travail sur le modèle. Les résultats montrent premièrement que les facteurs de stress, par leur relation avec le stress au travail sont significativement liés avec l'épuisement émotionnel. Deuxièmement, le stress au travail est significativement lié avec la dépersonnalisation. Il est à noter que l'épuisement émotionnel présente un effet médiateur partiel entre ces deux variables. Finalement, les auteurs ont observé que l'autonomie au travail a une influence directe et significative sur les facteurs de stress au travail. Par contre, cette composante n'a eu qu'une faible influence sur le stress au travail et aucun effet sur les deux composantes principales du burnout. Les auteurs concluent donc que les résultats soutiennent leur modèle quant à la force et à la direction des interactions. Une autre étude réalisée auprès d'un groupe de 67 gestionnaires et de 173 infirmières a mis en lien le stress au travail, les trois aspects du burnout, la satisfaction au travail, l'identification envers l'organisation ainsi que les plaintes psychosomatiques. Dans les deux échantillons, le stress au travail présente une corrélation significative avec le burnout et avec la satisfaction au travail. Pour ce qui est du personnel infirmier, on note aussi des corrélations significatives avec les plaintes psychosomatiques et avec l'identification envers l'organisation Jamal et Baba, (2000). De façon similaire, Janssen et al. (1999) ont voulu observer si les demandes liées au travail (surcharge de travail), les ressources (qualité de l'environnement de travail en terme de défi à relever et habiletés à utiliser et à développer, le support social de la part du superviseur et des collègues et les attentes face à la carrière) et l'estime de soi étaient liées de façon différente avec les trois composantes du burnout chez le personnel infirmier (n=156; 14 hommes, 142 femmes). Nous voulons ici attirer l'attention du

lecteur sur le fait que les deux premières composantes énoncées, à savoir les demandes liées au travail et les ressources, peuvent s'apparenter au modèle demandes-contrôle-support de Karasek et Theorell (1990), bien que la composante ressource soit plus détaillée dans la présente étude, et en particulier quant à la source du support social. De plus, l'objet d'étude ici est le burnout et non pas le niveau de détresse psychologique. Les résultats montrent une forte association entre l'épuisement émotionnel et une surcharge de travail ainsi qu'une association moins forte avec le support social et l'estime de soi (pour ce qui est de l'importance relative de ces facteurs dans l'apparition du burnout, voir aussi Maslach et al; 2001). La dépersonnalisation est aussi modérément associée avec le support social et avec l'estime de soi mais pas avec la surcharge de travail. Pour ce qui est de la réduction de l'efficacité personnelle, troisième composante du burnout, elle est liée de façon négative avec deux ressources, à savoir avec la qualité de l'environnement de travail et avec l'estime de soi. Par contre elle ne présente pas de liens significatifs avec la surcharge de travail. L'épuisement émotionnel présente également une corrélation forte avec la dépersonnalisation et cette dernière est associée avec la réduction de l'efficacité personnelle. Pour conclure, les auteurs mentionnent que l'estime de soi n'agit pas comme médiateur dans la relation entre les caractéristiques du travail et le burnout. En dernier lieu, une étude de Fagin et al. (1996) qui compare le personnel infirmier en général d'avec celui évoluant dans le domaine de la santé mentale (n=641; 265 hommes, 376 femmes) montre que les principaux facteurs de stress liés au travail chez le personnel infirmier oeuvrant dans le domaine de la santé mentale sont les pénuries de personnel, les changements organisationnels du service de santé, un moral faible et ne pas être averti des changements avant qu'ils soient survenus. Les résultats obtenus à la mesure de détresse psychologique montrent que le groupe oeuvrant en santé mentale présentent les niveaux les plus élevés de cette variable. Le personnel infirmier oeuvrant en santé mentale était également celui qui présentait les niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus élevés. Finalement, l'étude montre également que les membres du personnel infirmier utilisant le moins de stratégies compensatoires étaient ceux qui présentaient les niveaux de stress les plus élevés.

D'autres études ont mis l'accent sur les sources de stress au travail en lien avec le burnout et sur les stratégies compensatoires utilisées par le personnel infirmier pour faire face à ces sources de stress. Une première étude de Guéritault-Chalvin et al. (2000) obtient des résultats démontrant que les stratégies compensatoires externes (mettant l'emphase sur les émotions) et internes (mettant l'emphase sur la résolution de problèmes), prédisent de façon significative le niveau de burnout. Les autres facteurs prédisant le burnout étant l'âge, la charge de travail perçue et le lieu de contrôle (la façon dont un individu attribue les causes des événements, i.e. internes ou externes). L'utilisation de stratégies de compensation internes était associée avec un niveau de burnout moindre alors que les stratégies externes avec un niveau plu élevé de burnout. Les infirmières les plus âgées rapportaient moins souffrir du burnout en raison de stratégies compensatoires et d'un lieu de contrôle interne. Les résultats montrent aussi que les stratégies compensatoires externes présentaient un effet médiateur dans la relation unissant le lieu de contrôle au burnout. Toujours en lien avec les stratégies compensatoires, une étude réalisée par de Rijk et al. (1998) a voulu tester le modèle de demandes-contrôle de Karasek (1979) en relation avec ses implications pour le burnout (pour les composantes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation). Deux variables modératrices ont aussi été incluses, soit les stratégies compensatoires actives (qui représentent dans cette étude le fait d'analyser la situation et d'agir de façon concrète pour la régler) et le besoin de structure. Dans un premier temps, les résultats ne supportent pas l'interaction entre les demandes psychologiques du travail et la latitude décisionnelle, contredisant le modèle de Karasek (1979). En ce qui concerne la composante d'épuisement émotionnel, les demandes psychologiques du travail sont positivement corrélées avec celle-ci, alors que la latitude décisionnelle et les stratégies actives de compensation présentent des liens négatifs avec elle. Également, pour les infirmières qui utilisent fréquemment les stratégies de compensation actives, des niveaux élevés de latitude décisionnelle atténuent l'augmentation de l'épuisement émotionnel due aux demandes psychologiques du travail. Pour ce qui est de la composante de dépersonnalisation, les résultats n'ont pu montrer pareilles interactions.

La surcharge de travail a souvent été étudiée en lien avec le burnout. Les résultats obtenus ont constamment montré que la surcharge de travail ainsi que les contraintes de temps étaient fortement reliées au burnout (Maslach et al; 2001). L'étude réalisée par Greenglass et al. (2001) abonde aussi dans ce sens. En effet, la relation entre la charge de travail, le burnout et la somatisation y a été étudiée chez un échantillon du personnel infirmier d'hôpitaux en restructuration organisationnelle. Les résultats obtenus montrent que le personnel infirmier rapportant une augmentation de leur charge de travail était plus à risque de présenter un plus haut niveau d'épuisement émotionnel et de somatisation. De plus, un haut niveau d'épuisement émotionnel est associé de façon significative avec une augmentation du cynisme (composante de dépersonnalisation) chez le personnel infirmier. Également, un niveau de cynisme élevé est lié à une efficacité professionnelle moindre (troisième composante du burnout). Dans le même ordre d'idée, Burke et Greenglass, (2000) ont voulu examiner l'effet de la restructuration d'un hôpital et de la réduction des effectifs sur le personnel infirmier oeuvrant à temps plein et à temps partiel. Dans un premier temps, les deux groupes d'infirmières ont eu des résultats similaires en ce qui concerne les diverses variables de restructuration et de réduction de personnel, bien que les infirmières oeuvrant à temps plein aient rapporté une charge de travail significativement plus lourde. Au niveau du burnout, les infirmières oeuvrant à plein temps ont indiqué des niveaux significativement plus élevés d'épuisement émotionnel, de cynisme (dépersonnalisation) et d'efficacité professionnelle. La satisfaction au travail fut comparable pour les deux groupes. Les auteurs concluent donc que dans l'ensemble, les deux groupes d'infirmières ont vécu la restructuration de façon semblable. Toujours dans le domaine de la restructuration en milieu hospitalier, signalons une étude de Büssing et Glaser, (1999) portant sur trois centres hospitaliers (un premier centre modèle où une restructuration est en cours et deux centres contrôles où aucune restructuration n'a lieu). Cette étude, qui présente un volet quantitatif et un volet qualitatif, a pour but d'examiner les facteurs de stress présents chez le personnel infirmier lors de la restructuration d'un centre hospitalier et d'en vérifier le lien avec le burnout et le stress interactionnel. Le but de la restructuration dans l'hôpital contrôle, est de la faire passer d'un mode de fonctionnement fonctionnel et hiérarchisé, à un mode de fonctionnement plus holistique

où l'autonomie pour le personnel infirmier serait plus grande et la charge de travail moins lourde. Les résultats montrent que, dans l'hôpital modèle, les facteurs de stress au travail (contraintes de temps, tâches de nature contradictoire, les conditions ergonomiques contraignantes et les conditions contraignantes liées au patient) ont diminué de façon beaucoup plus considérable que dans les deux hôpitaux contrôles. Par contre, les résultats font état de niveaux accrus de burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Les données qualitatives recueillies auprès du personnel infirmier montrent qu'il existe des facteurs de stress différents en fonction du mode de fonctionnement (fonctionnel versus holistique). Le personnel infirmier de l'hôpital modèle rapporte maintenant vivre une intensification du stress interactionnel et du travail émotionnel, puisque le mode de fonctionnement holistique a permis au personnel infirmier de se rapprocher de leurs patients. La satisfaction au travail est cependant plus élevée en raison de la plus grande autonomie acquise lors de la transformation. Parmi les nombreux facteurs de stress présents à l'intérieur du travail quotidien du personnel infirmier, Kandolin (1993) dans son étude évalue principalement l'impact des quarts de travail sur le burnout (défini par l'auteur en tant que fatigue psychologique, perte de plaisir envers l'emploi et durcissement dans l'attitude) chez le personnel infirmier, hommes et femmes. Les résultats recueillis chez les femmes montrent que les infirmières travaillant sur trois quarts rapportaient plus de symptômes de stress et avaient perdu le plaisir envers l'emploi contrairement aux infirmières travaillant sur deux quarts. Pour ce qui est des infirmiers, ceux travaillant sur deux quarts et trois quarts ont expérimenté les mêmes niveaux de burnout et de stress. Finalement, outre les quarts de travail, les demandes occupationnelles lourdes et l'utilisation de stratégies compensatoires d'évitement face aux situations de stress sont également des facteurs liés au burnout chez le personnel infirmier.

Suite à cette présentation exhaustive des études recensées à la fois en ce qui a trait à la détresse psychologique ainsi qu'au burnout, nous nous devons de prendre un peu de recul et d'observer les multiples résultats mentionnés dans une perspective globale. Au niveau de la détresse psychologique, notons dans un premier temps les résultats des études se rapportant au modèle de demandes-support-contrôle de Karasek et

Theorell (1990). La plupart des études de cette section affichent des résultats qui confirment le modèle, à savoir que des demandes psychologiques au travail élevées combinées à une faible latitude décisionnelle et à un faible niveau de support social engendrent un niveau élevé de détresse psychologique chez le personnel infirmier travaillant sous ces conditions. Par contre, le rôle de modérateur du support social dans la relation unissant les demandes psychologiques élevées et la latitude décisionnelle faible n'a pas été observé dans certaines études (Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais et al., 1999). Également, deux études n'ont pas observé de lien entre les demandes psychologiques élevées et la latitude décisionnelle faible (Landsbergis, 1988; Munro et al., 1998). Au niveau de la section qui suit, ce qu'il faut principalement retenir, c'est qu'il a été démontré de manière convaincante que le milieu de travail dans lequel évolue à chaque jour le personnel infirmier présente de nombreux facteurs de risque qui sont susceptibles d'engendrer de la détresse psychologique. De plus, toujours au niveau des environnements de travail, certaines particularités comme les restructurations organisationnelles, ont été rapportées comme faisant des ravages sur les niveaux de détresse psychologique (Maurier et Northcott, 2000; Burke et Greenglass, 2000). Finalement, certaines prédispositions individuelles en terme de stratégies compensatoires semblaient réduire les niveaux de détresse psychologique (les stratégies dites actives), alors que certaines autres de ces stratégies contribuaient plutôt à les faire augmenter (stratégies dites d'évitement ou passives) (Tyler et Cushway, 1992; 1995; Boey, 1999; Maurier et Northcott, 2000; Burke et Greenglass, 2000; Elovainio et Kivimäki, 2001). Mentionnons au lecteur que les facteurs d'importance seront examinés dans la section suivante concernant la problématique.

Au niveau du burnout, nous observons principalement que les auteurs passés en revue, utilisent sensiblement les mêmes facteurs de risques liés à l'environnement de travail que les auteurs traitant de la détresse psychologique. Les résultats nous montrent que cette problématique est, elle aussi, très présente dans la vie au travail du personnel infirmier. Il semble donc que la détresse psychologique et le burnout pourraient tirer leur origine des mêmes facteurs de risque. La différence entre ces deux problématiques pourrait être expliquée, selon certains auteurs, par le fait que le burnout représente une

aggravation de la détresse psychologique, issue de caractéristiques individuelles permettant, si elles sont présentes ou non, de plus ou moins résister aux facteurs de risque présents au travail (Vézina et al., 1992; Büssing et Glaser, 2000; Maslach et al., 2001).

1.3 Synthèse

Dans cette section, nous ferons ressortir les diverses dimensions de la détresse psychologique qui ont été rapportées par les auteurs cités dans les deux sections précédentes ainsi que les caractéristiques du travail ayant des effets significatifs sur ces dernières. De plus, les caractéristiques hors travail ayant un impact sur la détresse psychologique seront aussi passées en revue. Pour conclure, mentionnons que nous regarderons à nouveau les diverses composantes du modèle de Vézina (1992), qui servira à élaborer le cadre conceptuel de ce mémoire.

Premièrement, nous allons débiter cette section avec la présentation des divers aspects de la *détresse psychologique* dont ont fait mention les auteurs des modèles principaux. Karasek et Theorell (2000), définissent les effets de la tension psychologique en terme de fatigue, anxiété, dépression, ainsi que certains des symptômes physiques en découlant. Siegrist (1996) quant à lui, réfère davantage à des sentiments récurrents de menace, de colère, de dépression et de démoralisation qui peuvent à leur tour éventuellement mener à l'excitation du système nerveux autonome et par la suite à d'autres symptômes pathologiques dus à un niveau de tension élevé. La troisième et dernière perspective est celle de Vézina et al. (1992), qui définissent en trois catégories les effets des conditions de travail délétères pouvant conduire à une augmentation de la tension nerveuse ou psychique. Dans ce modèle, la détresse psychologique représente la première phase (pré-pathologique) dont les manifestations sont des réactions de l'organisme qui servent de mécanismes de défense ou de récupération physique ou psychologique à un individu exposé à des situations de travail pathogènes. Par exemple, une personne pourrait présenter des réactions anxieuses ou dépressives, de l'irritabilité, une fatigue excessive, des troubles somatiques, des troubles du sommeil, un niveau plus élevé d'absentéisme, une consommation accrue d'alcool et/ou de médicaments ainsi

qu'une difficulté à user de ses capacités intellectuelles (mémoire et concentration). Sur une période plus ou moins longue, cette exposition provoque un état de souffrance susceptible de favoriser l'apparition d'une maladie. On parle alors des deux autres phases (dites pathologiques) soit celle des pathologies réversibles (phase II) et des pathologies irréversibles (phase III). Outre les définitions de la détresse psychologique fournies par ces trois auteurs principaux, voici les dimensions de la détresse psychologique les plus fréquemment abordées par les différents auteurs cités jusqu'à présent. On y retrouve la **dépression** (Bourbonnais et al, 1998, 1999; Bourbonnais et Mondor, 2001; Landsbergis, 1988; Tyler et Cushway, 1992, 1995; Maurier et Northcott, 2000; Petterson et al, 1995; Greenglass et al, 2001; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Frese, 1999; Johansson, 1989; Marchand et al, 2000; Fuhrer et al, 1999; Taylor et al, 1997), **l'anxiété** (Bourbonnais et al, 1998, 1999; ; Bourbonnais et Mondor, 2001; Tyler et Cushway, 1992, 1995; Tyler et al, 1991; Petterson et al, 1995; Frese, 1999; Johansson, 1989; Marchand et al, 2000; Fuhrer et al, 1999), **l'irritabilité** (Frese, 1999; Johansson, 1989) **les symptômes physiques et psychosomatiques** (Landsbergis, 1988; Tyler et Cushway, 1995; Burke et Greenglass, 2000 (a); Engels et al, 1998; Tyler et al, 1991; Taylor et al, 1997; Burke et Greenglass, 2000 (b); Jamal et Baba, 2000; Tummers et al, 2002; de Jonge et al, 2000 (a) (b); Frese, 1999; Reissman et al, 1999; Greenglass et al, 2001; Janssen et al, 2001), **la détresse générale**, c'est-à-dire les cas où ses dimensions n'ont pas été spécifiées (ElovainiaetKivimäki, 2001; Amick III et al, 1998; Cheng et al, 2000; Bradley et Cartwright 2002; Boey, 1999; Decker, 1997; Fagin et al, 1996; Calnan et al, 2000; McDonough, 2000; Wilkins et Beaudet, 1998; Shigemi et al, 1997; Pollard, 2001; Jex et Bleise, 1999; Knutsson et al, 1999; Niedhammer et al, 2000; Vermeulen et Mustard, 2000), **les troubles psychiatriques** (Stansfeld et al, 1999), **le stress**, qui a été aussi pointé comme étant un indicateur pouvant influencer à la baisse le degré de bien-être psychologique (Muncer et al, 2001; Tyson et al, 2002; Sawatzki, 1996; Schechter et al, 1997; Searle et al, 2001; Spurgeon et al, 1997), **les problèmes émotionnels** (Amick III et al, 1998; Cheng et al, 2000; Healy et McKay, 2000), **les problèmes de sommeil** (Landsbergis, 1988; Tyler et Cushway, 1992, 1995), **l'état de santé perçu** (Schechter et al, 1997; McDonough, 2000), et **l'isolement social** (Vézina et al, 2000; Tyler et Cushway, 1992, 1995; Tyler et al, 1991). D'autres auteurs, comme nous l'avons vu, font

référence aux trois dimensions présumées du *burnout* soit **l'épuisement émotionnel** (Bourbonnais et al, 1998; Bourbonnais et Mondor, 2001; Landsbergis, 1988; Guéritault-Chalvin et al, 2000; Petterson et al, 1995; Kandolin, 1993; Burke et Greenglass, 2000 (b); Jamal et Baba, 2000; Tummers et al, 2002; Büssing et Glaser, 2000; Greenglass et al, 2001; Janssen et al, 1999; de Rijk et al, 1998; Fagin et al, 1996; de Jonge et al, 2000 (a) (b); Janssen et al, 2001; Rafferty et al, 2001; Van der Hulst et Geurts, 2001), **la dépersonnalisation** (Bourbonnais et al, 1998; Bourbonnais et Mondor, 2001; Landsbergis, 1988; Petterson et al, 1995; Guéritault-Chalvin et al, 2000; Kandolin, 1993; Burke et Greenglass, 2000 (b); Jamal et Baba, 2000; Büssing et Glaser, 2000; Greenglass et al, 2001; Janssen et al, 1999; Sargent et Terry, 2000; Janssen et al, 2001; Rafferty et al, 2001; Van der Hulst et Geurts, 2001), une **baisse du sentiment d'accomplissement personnel** (Bourbonnais et al, 1998; Bourbonnais et Mondor, 2001; Landsbergis, 1988; Petterson et al, 1995; Guéritault-Chalvin et al, 2000; Kandolin, 1993; Jamal et Baba, 2000; Greenglass et al, 2001; Janssen et al, 1999; Rafferty et al, 2001; Van der Hulst et Geurts, 2001). Certains auteurs ont aussi fait mention de **l'insatisfaction au travail** comme étant un aspect lié au travail pouvant éventuellement indiquer un problème de santé mentale (Landsbergis, 1988; Bradley et Cartwright, 2002; Burke et Greenglass, 2000 (a) (b); Petterson et al, 1995; Decker, 1997; Healy et McKay, 2000; Jamal et Baba, 2000; de Jonge et al, 2000 (a) (b); Sargent et Terry, 2000; Calnan et al, 2000; Searle et al, 2001; Jex et Bleise, 1999; Johansson, 1989; Tummers et al, 2002), ainsi qu'une **baisse du niveau d'engagement organisationnel** (Jex et Bleise, 1999; Jamal et Baba, 2000).

En ce qui a trait à la synthèse des facteurs au travail et hors travail ayant été mis en relation avec la détresse psychologique, les deux tableaux suivants en font le résumé.

Tableau I
(Facteurs du travail liés à la détresse psychologique)

Facteur	Auteurs	Relation observée
Demandes psychologiques du travail	Bourbonnais et al., 1998, 1999; Bourbonnais et Mondor, 2001; Amick III et al., 1998; Cheng et al., 2000; Landsbergis 1988; Engels, 1998; Petterson et al., 1995; de Rijk et al., 1998; de Jonge et al., 2000 (a) (b); Schechter et al., 1997; Mausner-Dorsh et Eaton, 2000; Stansfeld et al., 1999; Vézina et al., 2000; Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990, 2000; Sargent et Terry, 2000; Calnan et al., 2000; Searle et al., 2001; Rafferty et al., 2001; Frese, 1999; Niedhammer et al., 2000	Relation positive avec la détresse psychologique.
Latitude décisionnelle	Bourbonnais et al., 1998, 1999; Bourbonnais et Mondor, 2001; Amick III et al., 1998; Cheng et al., 2000; Landsbergis 1988; Petterson et al., 1995; Tummers et al., 2002; de Rijk et al., 1998; de Jonge et al., 2000 (a) (b); Schechter et al., 1997; Mausner-Dorsh et Eaton, 2000; Stansfeld et al., 1999; Vézina et al., 2000; Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990, 2000; Sargent et Terry, 2000; Calnan et al., 2000; Searle et al., 2001; Rafferty et al., 2001; Niedhammer et al., 2000.	Relation négative avec la détresse psychologique.
Support social au travail	Bourbonnais et al., 1998, 1999; Bourbonnais et Mondor, 2001; Amick III et al., 1998; Cheng et al., 2000; Landsbergis 1988; Tyler et Cushway, 1995; Bradley et Cartwright, 2002; Muncer et al., 2001; Tummers et al., 2002; Janssen et al., 1999; Stansfeld et al., 1999; Karasek et Theorell, 1990, 2000; Sargent et Terry, 2000; Calnan et al., 2000; Janssen et al., 2001; Searle et al., 2001; Rafferty et al., 2001; Wilkins et Beaudet, 1998; Frese, 1999.	Relation négative avec la détresse psychologique
Ambiguïté/conflit de rôle	Bourbonnais et al., 1999; Tummers et al. 2002; Reissman et al., 1999; Pollard, 2001; Vézina et al., 1992; Elovainia et Kivimäki, 2001.	Relation positive avec la détresse psychologique.

Insécurité d'emploi/restructurations organisationnelles	Bourbonnais et al., 1998, 1999; Landsbergis, 1988; Burke et Greenglass, 2000 (a) (b); Tummers et al., 2002; Fagin et al., 1996; Reissman et al., 1999; McDonough, 2000; Pollard et al., 2001; Taylor et al., 1997.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Surcharge de travail	Tyler et Cushway, 1992, 1995; Tyler et al., 1991; Bradley et Cartwright, 2002; Elovainia et Kivimäki, 2001; Healy et McKay, 2000; Guéritault-Chalvin et al., 2000; Kandolin, 1993; Tummers et al., 2002; Greenglass et al., 2001; de Jonge et al., 2000 (b) Janssen et al., 1999; Vézina et al., 1992.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Sur-engagement + récompenses extrinsèques au travail	Siegrist, 1996, de Jonge et al., 2000 (a); Stansfeld et al., 1999; Calnan et al., 2000; Niedhammer et al., 2000.	Relation positive avec la détresse psychologique. dans les deux cas. La relation observée est augmentée s'il y a combinaison des deux facteurs.
Horaires de travail (nuit ou alternant)	Bourbonnais et Mondor, 2001; Kandolin, 1993; Schechter et al., 1997; Marchand et al., 2000; Knutsson et al., 1999.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Longues heures de travail/temps supplémentaire	Spurgeon et al., 1997; Jex et Bleise, 1999; Van der Hulst et Geurts, 2001; Marchand et al., 2000.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Degré de participation/influence du syndicat	Landsbergis, 1988.	Relation négative avec la détresse psychologique.
Monotonie au travail	Johansson, 1989.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Synthèse de la littérature sur la détresse psychologique propre au personnel infirmier		
Facteurs de risque au travail	Auteurs	Relation observée
Relations conflictuelles personnel soignant/supérieurs	Decker, 1997; Tyler et Cushway, 1995; Shigemi et al., 1997.	Relation positive avec la détresse psychologique.

Éducation/formation inadéquate	Tyler et Cushway, 1995; Petterson et al., 1995	Relation positive avec la détresse psychologique.
Nature même du travail de relation d'aide	Bradley et Cartwright, 2002; Tummers et al., 2002; Vézina et al., 1992.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Manque de personnel	Muncer et al., 2001; Burke et Greenglass, 2000; Fagin et al., 1996.	Relation positive avec la détresse psychologique.

Tableau II
(Facteurs hors travail)

Synthèse de la littérature sur la détresse psychologique		
Facteur	Auteurs	Relation observée
Sexe	Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Stansfeld et al., 1999; Vermeulen et Mustard, 2000; Wilkins et Beaudet, 1998; Shigemi et al., 1997; Marchand et al., 2000; McDonough, 2000; Vézina et al., 2000; Reissman et al., 1999; Fuhrer et al., 1999; Kandolin, 1993; Jamal et Baba, 2000.	Les femmes présentent significativement plus de détresse psychologique.
Âge	McDonough, 2000; Marchand et al., 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Rafferty et al. 2001; Vermeulen et Mustard, 2000; Guéritault-Chalvin et al., 2000; Reissman et al., 1999; Fuhrer et al., 1999; Guéritault-Chalvin et al., 2000.	Les individus plus jeunes présentent significativement plus de détresse psychologique.
État civil	McDonough, 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Fuhrer et al., 1999; Vermeulen et Mustard, 2000	Les individus célibataires présentent significativement plus de détresse psychologique.
Origine ethnique	Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Rafferty et al. 2001.	Les individus d'origine caucasienne présentent significativement plus de détresse psychologique.

Niveau d'éducation	McDonough, 2000; Mausner-Dorsch et Eaton, 2000; Reissman et al., 1999; Rafferty et al. 2001; Landsbergis, 1988.	Si ce niveau est élevé , on observe une relation négative avec la détresse psychologique.
Revenu	McDonough, 2000; Vermeulen et Mustard, 2000.	S'il est élevé , on observe une relation négative avec la détresse psychologique.
Milieu familial/social	Wilkins et Beaudet, 1998; Boey, 1999; Decker, 1997; Vézina et al., 1992.	Lorsqu'un milieu familial et/ou social est supportant, on observe une relation négative avec la détresse psychologique.
Attitudes dysfonctionnelles	Guppy et Weatherstone, 1997.	Relation positive avec la détresse psychologique.
Ressources d'adaptation face aux situations stressantes	Mak et Mueller, 2000; Guppy et Weatherstone, 1997; Tyler et Cushway, 1992, 1995; Burke et Greenglass, 2000; Maurier et Northcott, 2000; Boey, 1999; Healy et McKay, 2000; Guéritault-Chalvin et al., 2000; Kandolin, 1993; de Rijk et al., 1998.	Dépend du type d'adaptation. Si évitement = relation positive avec la détresse psychologique. Si résolution de problème = relation négative avec la détresse psychologique.
Personnalité	Mak et Mueller, 2000; Decker, 1997.	Relation positive ou négative avec la détresse psychologique, dépendamment qu'il s'agisse d'affects négatifs ou positifs.
Consommation d'alcool	Baldwin et al. 1999; Bromet et al. 1990; Marchand et al. 2000; Moskovakis, 2002.	Relation curvilinéaire avec la détresse psychologique.

Estime de soi	Boey, 1999; Janssen et al., 1999.	Si elle est élevée , on observe une relation négative avec la détresse psychologique.
Distribution de la causalité des événements (locus of control)	Maurier et Northcott, 2000; Boey, 1999; Guéritault-Chalvin et al., 2000.	Si externe , on observe une relation positive avec la détresse psychologique.
Besoin de structure	Elovainia et Kivimäki, 2001.	S'il est élevé , on observe une relation positive avec la détresse psychologique.

Suite à la présentation de la synthèse de la littérature, nous remarquons que l'étude de la détresse psychologique s'avère être une entreprise assez complexe. En effet, il existe une foule de facteurs susceptibles d'influencer et de fournir des éléments explicatifs à cette problématique. De cette multitude de facteurs, il est possible, à notre sens de dégager trois types de variables. En premier lieu, il y a les variables occupationnelles de niveau microscopique. Ces variables renvoient à divers aspects des conditions concrètes de travail qu'on retrouve dans les milieux de travail étudiés et auxquels les travailleurs sont directement exposés. En guise d'exemple, des variables comme les demandes psychologiques du travail, la latitude décisionnelle, l'utilisation des compétences, la charge de travail, les horaires, l'ambiguïté et les conflits de rôle ainsi que les relations conflictuelles entre le personnel et leurs supérieurs peuvent être considérées comme des variables caractérisant le travail à un niveau microscopique. Ce type de variable est celui que l'on retrouve dans la très grande majorité des études, de sorte qu'on peut dire que ces variables caractérisent l'approche majoritaire ou dominante dans la littérature. En deuxième lieu, il y a un nombre beaucoup plus restreint d'études qui tiennent compte de variables plus macroscopiques qui permettent de mesurer des aspects du contexte plus large des organisations ou secteurs de travail. Par exemple, en regard du personnel infirmier, quelques études ont tenu compte du contexte récent de restructuration du secteur et de changement majeur des organisations du travail dans les hôpitaux notamment. Enfin, et en troisième lieu, pratiquement toutes les études prennent en compte diverses variables de nature plus individuelle, qu'il s'agisse des caractéristiques socio-démographiques des répondants (âge, sexe, etc...), de leur contexte de vie hors travail (état civil, niveau de revenu familial, événements stressants récents) et même parfois, mais beaucoup plus rarement de leur profil psychologique (sentiment d'efficacité personnelle, propension aux stratégies d'évitement/fuite, etc...). Dans la très grande majorité des cas, ces variables sont utilisées à titre de variables de contrôle plutôt que comme facteurs explicatifs de la détresse psychologique, de sorte qu'on peut dire qu'en général, l'approche dominante d'explication de la détresse psychologique est beaucoup plus sociologique (axée sur des facteurs relevant des milieux sociaux de travail) que psychologique. Notre propre étude s'inscrit dans le courant sociologique très majoritaire, en privilégiant des variables relevant du milieu de

travail, mais elle utilisera essentiellement des variables microscopiques compte tenu de la nature des données secondaires que nous avons pu utiliser.

Chapitre II

Méthodologie

Cette partie sera divisée en quatre sous-sections. La première présentera la problématique de recherche. La seconde, expose le cadre conceptuel ainsi que les hypothèses de recherche. Par la suite, les variables du cadre conceptuel seront définies et dans un dernier temps, nous présenterons le cadre opératoire, où chaque variable sera définie en terme de ses indicateurs propres. À l'intérieur de la troisième sous-section nous présenterons de façon succincte l'Enquête Santé Québec 1998 ainsi que l'échantillon sur lequel les analyses seront basées. Finalement, nous conclurons cette partie avec la section concernant le plan d'analyse. Au moyen d'un tableau, nous serons en mesure de dégager la nature de chaque variable ainsi que de préciser la manière dont elles ont été mesurées. Cette dernière section servira aussi à présenter les types d'analyses qui seront effectuées.

2.1 La problématique de recherche

La question de départ présentée au début de ce travail, s'adresse à deux problèmes touchant directement le domaine des relations industrielles. En premier lieu, la détresse psychologique est un problème de santé ayant des effets néfastes importants sur les différents milieux de travail. Non seulement la détresse fait souffrir les travailleurs qui en sont affectés, mais cette problématique nuit également à la santé économique des employeurs et des gouvernements employant ces travailleurs. En effet, les coûts de ces atteintes seraient de 4 milliards de dollars pour le Québec seulement (Vézina et al., 1992). Deuxièmement, ce n'est un secret pour quiconque, le personnel infirmier est mis à rude épreuve depuis les dernières années au Québec. Manque de personnel, augmentation de la charge de travail, horaires irréguliers et quarts de travail prolongés sont autant de facteurs de risques susceptibles de miner la santé psychologique de ce groupe occupationnel.

La littérature s'est grandement attardée à la question de la détresse psychologique. Depuis les travaux originaux de Karasek (1979), une foule d'études ont

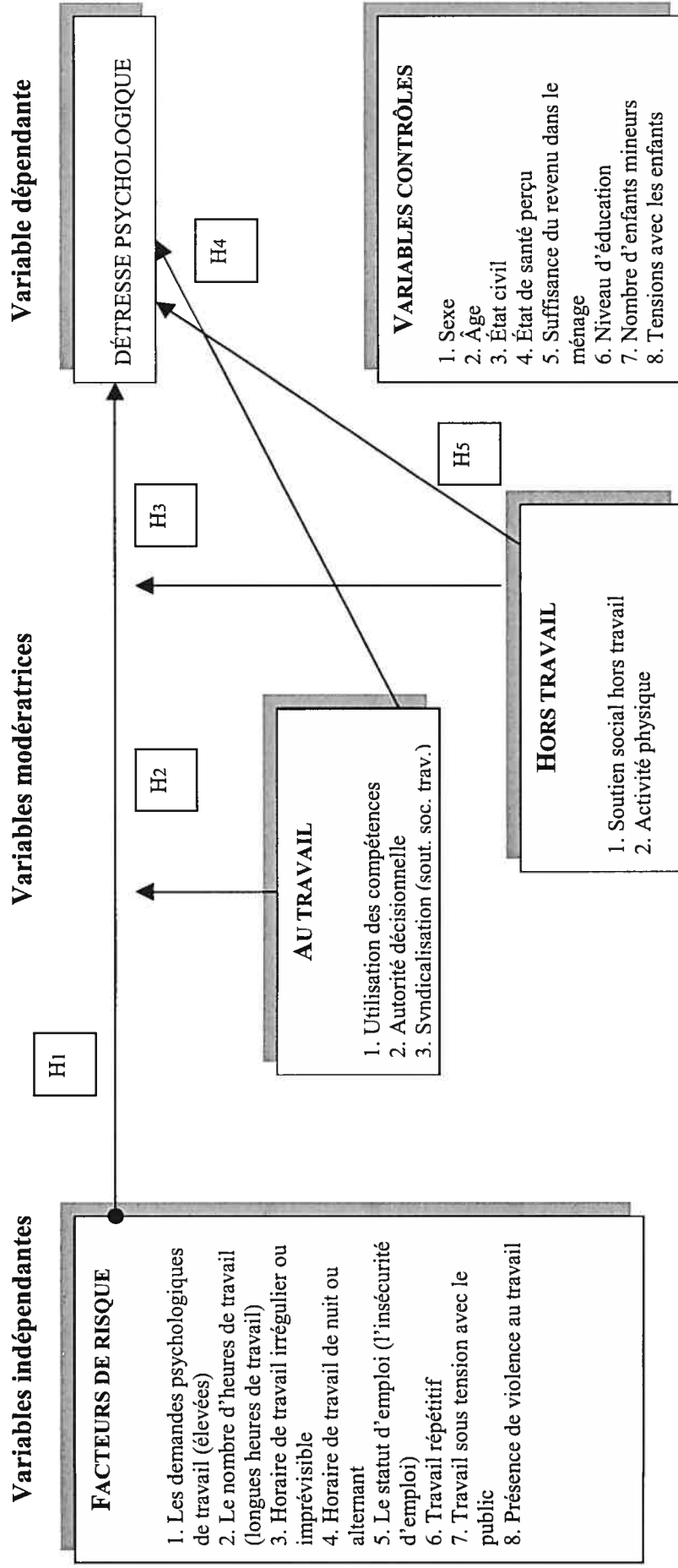
été publiées sur cette problématique. Dans la même veine, la détresse psychologique a été étudiée en fonction de certains groupes occupationnels précis, dont le personnel infirmier. L'ensemble de cette littérature a mis en évidence que plusieurs aspects du travail avaient un impact majeur sur la détresse psychologique, la majorité des aspects ayant été documentés jusqu'ici étant d'ordre microscopique, i.e. se situant au niveau des conditions concrètes de travail auxquels les travailleurs sont exposés. Mais certains aspects plus macroscopiques qui caractérisent des contextes plus organisationnels ou sectoriels de travail ont aussi été documentés. Dans notre cas, disposant de l'Enquête de Santé Québec de 1998 en tant que base de données pour les fins de notre étude, nous pourrions seulement évaluer des caractéristiques microscopiques du travail pour en étudier la relation avec la détresse psychologique chez le personnel infirmier du Québec. Dans cette perspective, la principale originalité de notre étude consistera à analyser quelques nouvelles variables occupationnelles qui ont été peu ou pas documentées jusqu'ici en rapport avec le personnel infirmier. Enfin, cette base de données nous permettra aussi, à l'instar de la très grande majorité des études recensées, de tenir compte des variables plus individuelles permettant de caractériser les sujets au plan socio-démographique et du contexte de vie hors travail, variables qui seront utilisées non pas comme variables indépendantes explicatives mais plutôt comme variables de contrôle ou modératrices. La présente étude vise donc à en savoir plus long sur la situation du personnel infirmier et en particulier à mettre en lumière les facteurs du travail liés à l'apparition de la détresse chez ce groupe occupationnel. En ce sens, cette étude pourra peut-être, éventuellement, amener à envisager des moyens applicables au milieu de travail pour améliorer la situation.

2.2 Le cadre conceptuel et les hypothèses de recherche

Avant d'élaborer davantage sur le cadre conceptuel de la présente étude, il est important de mentionner que cette dernière comporte certaines limites quant au type de données utilisées. En effet, nos données sont de nature secondaire, ce qui ne nous permet pas de couvrir toutes les variables documentées dans la littérature. Finalement, pour résumer, disons que le cadre conceptuel, découlant nécessairement des données

disponibles, prend également le modèle intégrateur de Vézina et al., (1992) comme référence, parce que c'est actuellement le modèle le plus englobant au niveau de la conceptualisation des diverses variables à considérer dans l'étude de la détresse psychologique au travail. Pour en donner une illustration plus claire, la figure de la page suivante présente de manière schématique les variables ainsi que les hypothèses de recherche.

Figure 1 : Le cadre conceptuel



À l'instar de Vézina et al., (1992), les différentes variables du cadre conceptuel seront traitées de deux façons, à savoir en tant que facteur de risque ou en tant que facteur de protection. Selon ces derniers, un facteur de risque peut être décrit comme pouvant représenter les différents facteurs liés à l'organisation et à l'environnement de travail susceptibles de porter atteinte à la santé mentale des personnes exposées (p. 58). À la lumière des recherches présentées au chapitre I, de nombreuses caractéristiques d'emploi évaluées dans l'Enquête de Santé Québec ont été identifiées comme représentant des facteurs de risque pour la santé mentale des travailleurs. En effet, l'insécurité d'emploi, les demandes psychologiques du travail élevées, des horaires de travail irréguliers, des horaires de nuits ou alternants, les longues heures de travail ou le temps supplémentaire ainsi que le travail sous tension avec le public sont tous des facteurs ayant été rapportés dans la littérature comme ayant des effets dommageables sur la santé mentale et le niveau de détresse psychologique des travailleurs y étant exposés. Certains des facteurs venant d'être mentionnés font par ailleurs déjà partie intégrante du modèle de Vézina et al., (1992) tels le travail répétitif ou monotone, le travail en relation d'aide, les horaires alternants et la surcharge de travail (demandes psychologiques du travail). De plus, mentionnons qu'une variable ayant été très peu documentée jusqu'ici, à savoir la violence au travail (et dont Vézina et al., (1992) font cependant mention), sera néanmoins considérée comme facteur de risque pour les fins de cette étude.

Outre les facteurs de risque, le cadre conceptuel de cette recherche comprend également en tant que variables modératrices au travail l'utilisation des compétences et l'autorité décisionnelle. Ces deux facteurs ont été reconnus dans la littérature comme ayant des effets bénéfiques sur la santé mentale ainsi que sur les niveaux de détresse psychologique des travailleurs. Vézina et al., (1992) définissent un facteur de protection comme étant un facteur lié à l'organisation du travail, pouvant diminuer la tension psychique ou nerveuse (p. 62). Dans ce projet de mémoire, nous évaluerons les effets directs des caractéristiques de travail sur la détresse psychologique et la santé mentale du personnel infirmier à l'étude. Nous serons donc à même d'évaluer les effets indépendants de chaque variable sur le niveau de détresse psychologique. Par la suite, nous examinerons, tout comme le proposent Vézina et al., (1992) les effets modérateurs

des facteurs de protection (variables modératrices) au travail et hors travail sur la relation entre les facteurs de risque et la détresse psychologique.

Comme il en a été fait mention précédemment, le support social au travail a fait l'objet de nombreuses études, mais les résultats demeurent par contre variables et inconsistants d'une étude à l'autre. Nous aurions donc souhaité évaluer cette variable afin de voir si effectivement elle présentait un effet modérateur sur la relation unissant les caractéristiques du travail et la détresse psychologique chez le personnel infirmier. Malheureusement, cette variable n'a pas fait l'objet d'une évaluation même minimale dans l'Enquête de Santé Québec. C'est pourquoi nous utiliserons la syndicalisation comme variable modératrice afin d'évaluer de façon très approximative le support social au travail. En effet, nous pouvons induire que le fait d'être syndiqué offre au travailleur la possibilité d'avoir recours à une certaine forme organisée de support social au travail, ce qui aurait pour effet de réduire le niveau de détresse psychologique chez le personnel infirmier.

Le support social hors travail a aussi été inclus dans le cadre conceptuel en tant que variable modératrice hors travail. À la lumière de certaines études (Wilkins et Beaudet, 1998; Boey, 1999; Decker, 1997; Vézina et al., 1992), cette variable aurait un effet direct négatif sur le niveau de détresse psychologique. De plus, il semble que ce facteur extérieur au travail pourrait présenter un effet modérateur négatif sur la relation unissant les caractéristiques du travail et la détresse psychologique. Dans notre modèle de référence (Vézina et al., 1992), le support social hors travail est présenté en tant que stratégie d'adaptation face aux situations stressantes. Il est par ailleurs défini par ces auteurs comme représentant différentes ressources du milieu familial et social pouvant aider l'individu à répondre aux fortes exigences de son milieu de travail et, par un soutien affectif approprié, à réduire l'impact du stress sur son état psychologique (p. 70). Autre variable susceptible d'avoir un effet modérateur sur le niveau de détresse psychologique, l'activité physique, selon Vézina et al., (1992) est recommandée pour canaliser l'énergie nerveuse et renforcer les mécanismes physiologiques qui sont souvent les premiers vecteurs des symptômes de stress. De plus, toujours selon les

mêmes auteurs, la participation à des activités physiques apporte la détente et diminue le temps d'exposition à des situations pathogènes. Cette variable se trouve donc à être incluse dans le cadre conceptuel de la présente étude en tant que variable modératrice hors travail

La variable dépendante de cette étude sera la détresse psychologique, variable qui fut traitée comme telle dans le modèle de Vézina et al., (1992). Cependant, il est à noter que le burnout, bien qu'ayant fait l'objet d'une revue de littérature exhaustive, ne sera pas considéré comme variable dépendante dans cette étude puisque les résultats obtenus à l'aide de l'Enquête de Santé Québec ne nous permettent pas d'évaluer cette composante. Nous sommes d'avis que le burnout, pouvant s'apparenter, selon le modèle de Vézina et al., (1992), aux pathologies réversibles, est une forme plus sérieuse de détresse psychologique et aurait avantage à être évalué de manière systématique. De cette manière, les liens existant entre l'état non-pathologique (détresse psychologique) et pathologique (burnout) du modèle de Vézina et al., (1992) pourraient être clarifiés.

Pour conclure, certaines variables évaluées dans l'Enquête de Santé Québec telles l'âge, le sexe, l'état de santé perçu, le statut marital, la suffisance du revenu et le niveau d'éducation seront contrôlées car leur effet confondant a déjà été démontré dans de nombreuses études.

Il est évident qu'il aurait été très intéressant d'intégrer certaines variables supplémentaires à notre cadre conceptuel en regard au groupe occupationnel à l'étude. Nous n'avons qu'à penser au manque de personnel et aux contraintes de temps dus aux restructurations massives du réseau de la santé, aux conflits avec les médecins et autres membres du personnel soignant ainsi qu'à la complexité des nombreuses tâches à accomplir. Une fois encore, et ce, parce que nous utiliserons des données secondaires en provenance de l'Enquête de Santé Québec de 1998, nous ne pourrions évaluer toutes les caractéristiques jugées pertinentes.

Malgré la limitation imposée par l'utilisation d'une base de données, cette étude comporte plusieurs nouveautés. Premièrement, cette étude teste, en partie du moins, le modèle intégrateur de Vézina et al., (1992) qui est en fait, rappelons-le, essentiellement basé sur une recension des écrits et donc très peu supporté par des études empiriques. Bien que ce modèle aie déjà fait l'objet de deux autres études se rapportant aux catégories occupationnelles des cadres de premier niveau ainsi que des cols blancs semi-qualifiés (Boudreau, 2002; Moskovakis, 2002), c'est la première fois qu'il sera testé avec le personnel infirmier. Deuxièmement, l'ajout du facteur de la violence au travail nous permet d'étudier la détresse psychologique sous un angle qui n'a été que très peu documentée dans la littérature sur le sujet. Finalement, bien que la syndicalisation puisse traduire différents phénomènes, il s'agit ici de la première utilisation de cette variable en tant qu'approximation du soutien social au travail.

Au total, cinq hypothèses de recherche ont été formulées, à savoir :

H1 : Les facteurs de risque reliés au travail, soient l'insécurité d'emploi, des demandes psychologiques du travail élevées, un horaire de travail irrégulier, un horaire de travail de nuit ou alternant, de longues heures de travail, un travail répétitif, la présence de violence au travail et un travail sous tension avec le public seront positivement associés à la détresse psychologique.

H2 : Les variables modératrices reliées au travail, soient l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle et la syndicalisation auront des effets modérateurs sur la relation entre les facteurs de risque reliés au travail et la détresse psychologique.

H3 : Les variables modératrices hors travail, soient le soutien social hors travail et l'activité physique auront des effets modérateurs sur la relation entre les facteurs de risque reliés au travail et la détresse psychologique.

H4 : Les variables modératrices liées au travail, soient l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle et la syndicalisation seront négativement associés à la détresse psychologique.

H5 : Les variables modératrices hors travail, soient le soutien social hors travail et l'activité physique seront négativement associés à la détresse psychologique.

2.3 Cadre opératoire et définition des variables

Dans cette section, nous présenterons à l'aide de tableaux, une brève définition de chaque variable ainsi que chacun des indicateurs qui nous permettra de mesurer opérationnellement chacune de ces variables.

Tableau III
Définition opératoire des variables

Concepts	Définitions conceptuelles	Indicateurs
VARIABLES INDÉPENDANTES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AU TRAVAIL		
Demandes psychologiques de travail (élevées)	Surcharge quantitative de travail (quantité de travail, contrainte de temps, pression au travail, etc.) et surcharge qualitative de travail (difficulté de la tâche, etc.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mon travail exige d'aller très vite 2. Mon travail exige de travailler très fort 3. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail 4. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail 5. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres 6. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes 7. Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard 8. Mon travail est très mouvementé 9. Je suis souvent ralenti(e) dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur <p>(Échelle en 4 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord »)</p>
Nombre d'heures travaillées	Nombre d'heures travaillées hebdomadairement par un individu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somme totale du nombre d'heures travaillées par semaine.

Horaire de travail irrégulier ou imprévisible.	Degré de stabilité du quart de travail de l'individu.	<p>Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé(e) à un horaire irrégulier ou imprévisible?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faiblement irrégulier ou imprévisible (jamais, de temps en temps) 2. Fortement irrégulier ou imprévisible (assez souvent, tout le temps)
Horaire de travail de nuit ou alternant	Période de la journée à laquelle correspond le quart de travail de l'individu (ou les différents quarts de travail le cas échéant).	<p>Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé(e) à un horaire de travail de nuit?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Non (jamais) 1. Oui (de temps en temps, assez souvent, souvent, tout le temps)
Statut d'emploi (insécurité d'emploi)	Il s'agit de savoir si l'individu occupe un emploi de type permanent ou autres.	<p>Actuellement, votre travail est-il :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permanent (temps plein ou temps partiel) 2. Autres (temporaire à durée déterminée, temporaire à durée indéterminée, autres)
Travail répétitif	Emploi dont les cycles de travail sont très courts.	<p>Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé(e) à un travail répétitif des mains et des bras (travail à la chaîne, rythme imposé par une machine, cadence élevée,...)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faiblement répétitif (jamais, de temps en temps) 2. Fortement répétitif (assez souvent, tout le temps)

Travail sous tension avec le public	Travail où les situations de tension avec le public sont possibles.	<p>Si votre travail vous amène à être en contact direct avec le public (patients, bénéficiaires, voyageurs, clients, étudiants, etc.), vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec ce public?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jamais (sans contact, jamais) 2. Occasionnellement (rarement, de temps en temps) 3. Fréquemment (souvent, très souvent)
Présence de violence au travail	Présence de violence verbale ou physique au travail	<p>Au cours des 12 derniers mois, au travail, avez-vous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Subi de la violence physique? 2. Subi de l'intimidation? 3. Été l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désiré? <p>(échelle en 4 points allant de « jamais » à « tout le temps »).</p>

Variables modératrices reliées au travail		
Utilisation des compétences	La variété du travail et la capacité, pour le travailleur, d'utiliser ses habiletés et ses qualifications et d'en développer de nouvelles.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles 2. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications 3. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité 4. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses 5. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes 6. Au travail, j'ai l'opportunité de développer mes habiletés personnelles <p>(échelle en 4 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord »).</p>
Autorité décisionnelle	Possibilité, pour le travailleur, de choisir comment effectuer son travail et de participer aux décisions qui le concernent.	<ol style="list-style-type: none"> 1. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail 2. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome 3. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail
Syndicalisation (soutien social au travail)	Réfère au fait d'être un employé syndiqué ou non.	<p>Êtes-vous syndiqué?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Non 1. Oui

Variables modératrices hors travail		
Soutien social hors travail	Niveau de soutien apporté par des personnes significatives dans l'entourage familial ou social de l'individu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'une personne dans l'entourage pour se confier, parler librement de ses problèmes 2. Présence d'une personne dans l'entourage qui peut nous aider quand on est mal pris 3. Présence d'une personne dans l'entourage de qui on se sent proche ou qui est affectueuse envers soi
Activité physique	Niveau d'activité physique d'une personne sur une période donnée	<p>Dans les 3 derniers mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'ai pas pratiqué d'activité physique de 20 à 30 minutes par séance. 2. J'ai pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance environ une fois par mois. 3. J'ai pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance environ 2 à 3 fois par mois. 4. J'ai pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance environ 1 fois par semaine. 5. J'ai pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance environ 2 fois par semaine. 6. J'ai pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance environ 3 fois par semaine. 7. J'ai pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance 4 fois par semaine et plus.

Variable dépendante		
Détresse psychologique	Niveau de souffrance psychique non spécifique	<p>Niveau de détresse psychologique de la dernière semaine : mesurée par une adaptation de Prévile et al., 1992 des 14 items de l'index des symptômes psychiatriques de Ilfeld (1976)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je me suis senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir. 2. Je me sens seul(e). 3. J'ai eu des blancs de mémoires. 4. Je me suis senti(e) découragé(e) ou j'ai eu les "bleu". 5. Je me suis senti(e) tendu(e) ou sous pression. 6. Je me suis laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose. 7. Je me suis senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses. 8. J'ai ressenti des peurs ou des craintes. 9. J'ai eu des difficultés à me souvenir des choses. 10. J'ai pleuré facilement ou je me suis senti(e) sur le point de pleurer. 11. Je me suis senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement. 12. Je me suis senti(e) négatif(ve) envers les autres. 13. Je me suis senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e). 14. Je me suis fâché(e) pour des choses sans importance. <p>(échelle de Lickert en quatre points allant de jamais à très souvent.)</p>
Variables contrôles		
Sexe		0. Homme 1. Femme
Âge		1. Nombre d'années

État civil	Consiste à déterminer si l'individu a un(e) conjoint(e) ou non.	Avez-vous un(e) conjoint(e), un « chum » ou une « blonde »? 0. Non 1. Oui
État de santé perçu	Auto-évaluation de sa santé par rapport à un groupe de référence.	1. J'évalue ma santé comme étant bonne comparativement à d'autres personnes de mon âge (<i>excellente, très bonne</i>) 2. J'évalue ma santé comme étant moyenne comparativement à d'autres personnes de mon âge (<i>bonne</i>) 3. J'évalue ma santé comme étant mauvaise comparativement à d'autres personnes de mon âge (<i>moyenne, mauvaise</i>)
Suffisance du revenu dans le ménage	Basé sur trois éléments, soient le revenu total du ménage, le nombre de personnes composant le ménage et les seuils de faible revenu fixé selon la taille des ménages par Statistiques Canada 1992 et reconduits pour le recensement de 1996.	1. Très pauvre 2. Pauvre 3. Moyen inférieur 4. Moyen supérieur 5. Supérieur

Niveau de scolarité	Niveau de scolarité complété le plus haut.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle. 2. 1^e année. 3. 2^e année. 4. 3^e année. 5. 4^e année. 6. 5^e année. 7. 6^e année. 8. 7^e année. 9. 8^e année ou secondaire 1. 10. 9^e année ou secondaire 2. 11. 10^e année ou secondaire 3. 12. 11^e année ou secondaire 4. 13. 12^e année ou secondaire 5. 14. Études partielles au niveau collégial. 15. Diplôme ou certificat au niveau collégial (technique). 16. Diplôme ou certificat au niveau collégial (général). 17. Études universitaires partielles. 18. Certificat(s) universitaire(s) de 1^{er} cycle acquis. 19. Baccalauréat(s) acquis. 20. Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis. 21. Certificat(s) universitaire(s) de 2^e cycle acquis. 22. Maîtrise(s) acquise(s) 23. Doctorat(s) acquis.
Nombre d'enfants mineurs	Nombre d'enfants biologiques ou adoptés âgés de moins de 18 ans.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'enfants de moins de 18 ans.
Tensions avec les enfants	Présence de tensions dans les relations entre le/les parents et le/les enfants.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun problème 2. Presque pas de problèmes 3. Des problèmes occasionnels 4. Des problèmes fréquents 5. Des problèmes constants

La première section de ce chapitre étant désormais terminée, nous allons maintenant passer à la présentation du plan d'observation.

2.4 Plan d'observation

Dans cette section nous présenterons de façon succincte l'Enquête de Santé Québec 1998. Il sera question des buts de l'Enquête, de l'instrument de collecte des données utilisé, de l'échantillon global de cette enquête, ainsi que de l'échantillon plus spécifique de la population visée par ce mémoire.

Dans un premier temps, les données qui seront utilisées dans ce mémoire sont issues de l'Enquête Santé Québec 1998. Bien que l'équipe de recherche du groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (G.R.A.S.P.) possède déjà les versions antérieures de cette enquête (1987, 1992-1993), l'utilisation de la version 1998 nous permettra d'obtenir une mesure d'une validité supérieure, puisqu'elle correspond aux conditions les plus récentes. L'Enquête version 1998 est en fait le prolongement de celle de 1987 ainsi que de celle de 1992-1993, dont elle reprend en grande partie les mêmes thèmes et les mêmes mesures, ce qui assure un suivi de l'état de santé et de bien-être ainsi que les facteurs y étant associés. De plus, l'Enquête 1998 a la particularité d'aborder de nouveaux thèmes et d'approfondir certains des thèmes déjà existants abordés dans les enquêtes antérieures. Pour conclure, mentionnons que les buts spécifiques de ces enquêtes réalisées par Santé Québec sont de recueillir de l'information concernant les multiples besoins des secteurs d'intervention, à l'allocation des ressources et à l'évaluation des programmes.

Les instruments de collecte de données de l'Enquête Santé Québec 1998 ont nécessité la participation et la collaboration de plusieurs experts issus du milieu de la santé et des services sociaux. Deux questionnaires constituent les outils principaux de collecte de données. Il s'agit du questionnaire rempli par l'interviewer (Q.R.I.) et le questionnaire auto-administré (Q.A.A.). Ces deux questionnaires représentent en fait des versions améliorées et adaptées des questionnaires utilisés lors des enquêtes précédentes (1987, 1992-1993). La très grande majorité des indicateurs des variables que nous allons utiliser ont été tirés (à l'exception du nombre d'heures de travail) du Q.A.A.. Ce

questionnaire est destiné aux personnes âgées de 15 ans et plus présents dans le ménage. Il comporte des questions sur la perception de l'état de santé, l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liés à la santé mentale et au suicide, l'environnement de soutien, la famille, certains comportements propres aux femmes, les habitudes de vie (usage du tabac, consommation d'alcool, de drogues ou autres substances psychotropes, alimentation, activité physique, poids corporel) ainsi que des renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques. De nouvelles questions portant sur le service Info-Santé CLSC, la sexualité (Incluant une question sur l'orientation sexuelle) et le problème auditif que constituent les acouphènes font partie du Q.A.A. de 1998. De plus, la section sur le travail a été davantage élaborée et des questions sur les valeurs spirituelles ont été ajoutées. La collecte des données s'est déroulée de janvier 1997 à décembre 1998 afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé de certains comportements reliés aux habitudes de vie.

L'Enquête Santé Québec 1998 a été menée auprès d'un échantillon se voulant représentatif de la population québécoise sur le plan du sexe, de l'âge, et de la distribution géographique du lieu de résidence des participants. De façon plus précise, l'échantillon est composé de 11986 ménages ayant répondu au questionnaire informatisé rempli par l'interviewer (Q.R.I); ces ménages abritent un total de 30 386 personnes de tous âges. De ce dernier nombre, 24 127 individus étaient âgés de 15 ans et plus et étaient donc admissibles au questionnaire auto-administré (Q.A.A.). Au total, 20 773 personnes y ont répondu.

Pour ce qui est du groupe occupationnel au centre de cette étude, il est composé du personnel spécialisé et des auxiliaires des soins infirmiers et thérapeutiques (3130; n = 10), des infirmiers et infirmières autorisé(e)s, diplômé(e)s et infirmier et infirmière en formation (3131; n = 225), des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s (3134; n = 63) ainsi que des aides-infirmiers, aide-infirmières (3135; n = 141). Cet échantillon est composé de 439 individus dont 88,4% sont des femmes alors que 11,6% sont des hommes. Au niveau des groupes d'âge, 47,9% des répondants ont entre 20 et 34 ans, 45,3% sont âgés entre 40 et 54 ans alors que seulement 6,6% ont entre 55 et 69 ans.

Aussi, le niveau d'éducation moyen correspond à des études partielles de niveau collégial et pour ce qui est de la suffisance du revenu dans le ménage, 51,7% sont dans la catégorie moyen supérieur et 25,1% se situent dans la catégorie moyen inférieur, 14,8% dans la catégorie supérieure et finalement, 8,5% dans les catégories pauvre et très pauvre.

2.5 Plan d'analyse

Dans cette dernière section, nous présenterons sous forme de tableau le type de variable ainsi que l'étendue de l'échelle servant à mesurer chaque variable du cadre conceptuel. Ceci permettra de montrer de façon précise la façon dont les variables seront codées pour les analyses statistiques. Finalement, nous préciserons les types d'analyses statistiques qui seront effectuées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package in Social Science) version 11.0.

TABLEAU IV
Le plan d'analyse

VARIABLES	TYPE	ÉCHELLE
VARIABLES INDÉPENDANTES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AU TRAVAIL		
Demandes psychologiques de travail	Continue	Plus le score est élevé, plus fortes sont les demandes psychologiques (échelles allant de 9 à 36).
Nombre d'heures travaillées	Continue	Nombre d'heures de travail par semaine.
Horaire de travail irrégulier ou imprévisible	Ordinale (dichotomique)	1. Faiblement irrégulier ou imprévisible (jamais, de temps en temps) 2. Fortement irrégulier ou imprévisible (assez souvent, tout le temps)

Horaire de travail de nuit ou alternant	Ordinale (dichotomique)	0. Non (jamais) 1. Oui (de temps en temps, assez souvent, souvent, tout le temps)
Statut d'emploi	Ordinale (dichotomique)	1. Permanent 2. Autres (temporaire à durée déterminée, temporaire à durée indéterminée, autres)
Travail répétitif	Ordinale (dichotomique)	1. Faiblement répétitif (jamais) 2. Fortement répétitif (de temps en temps, assez souvent, tout le temps)
Travail sous tension avec le public	Ordinale	1. Jamais (sans contact, jamais) 2. Occasionnellement (rarement, de temps en temps) 3. Fréquemment (souvent, très souvent)
Présence de violence au travail	Ordinale	0. Non (jamais) 1. Oui (de temps en temps, souvent, très souvent)
VARIABLES MODÉRATRICES LIÉES AU TRAVAIL		
Utilisation des compétences	Continue	Plus le score est élevé, plus forte est l'utilisation des compétences (échelle allant de 6 à 24)
Autorité décisionnelle	Continue	Plus le score est élevé, plus forte est l'autorité décisionnelle (échelle allant de 3 à 12)
Syndicalisation (soutien social au travail)	Réfère au fait d'être un employé syndiqué ou non.	Êtes-vous syndiqué? 0. Non 1. Oui

Variables modératrices hors travail		
Soutien social hors travail	Nominale (dichotomique)	Plus le score est élevé, plus grand est le soutien social hors travail (échelle allant de 0 à 3)
Activité physique	Ordinale	1. Faiblement actif physiquement (aucune fois, environ 1 fois par mois, environ 2 à 3 fois par mois, environ 1 fois par semaine) 2. Fortement actif (environ 2 fois par semaine, environ 3 fois par semaine, environ 4 fois ou plus par semaine)
Variable dépendante		
Détresse psychologique	Nominale (dichotomique)	1. Score plus bas que 26,19 2. Score égal ou plus élevé que 26,19 (26,19 est le seuil établi par Santé Québec pour départager les individus souffrant ou non de détresse psychologique; un score égal ou plus élevé que 26,19 correspond à un cas de détresse psychologique)
Variables contrôles		
Âge	Ordinale	Âge groupé en 15 catégories
Sexe	Nominale (dichotomique)	0. Homme 1. Femme
État civil	Nominale (dichotomique)	0. Non 1. Oui

Niveau de scolarité	Ordinale	23 catégories de niveau de scolarité
Suffisance du revenu dans le ménage	Ordinale	1. Très pauvre, pauvre 2. Moyen inférieur 3. Moyen supérieur 4. Supérieur
État de santé perçu	Ordinale	1. Bonne (excellente, très bonne) 2. Moyenne (bonne) 3. Mauvaise (moyenne, mauvaise)
Nombre d'enfants mineurs	Ordinale	Nombre d'enfants mineurs allant de 0 à 3.
Tensions avec les enfants	Ordinale	1. Faible niveau de tension avec les enfants (aucun problème, presque aucun problèmes). 2. Niveau de tension élevé avec les enfants (problèmes occasionnels, problèmes fréquents, problèmes constants).

Pour ce qui est des analyses statistiques, nous procéderons en premier lieu à des analyses univariées pour chacune des variables afin d'obtenir une description des répondants qui composent l'échantillon du personnel infirmier en regard des variables à l'étude (moyenne, écart-type, minimum-maximum, etc.). Ces analyses serviront à vérifier la normalité de la courbe de distribution pour chacune des variables. Ainsi, nous pourrions apporter des corrections en terme de codage des variables. Une fois ces analyses préliminaires effectuées, nous procéderons dans un deuxième temps à des analyses bivariées afin de déterminer les situations où des cas de colinéarité existent afin de faire un choix quant aux variables pertinentes à évaluer. En dernier lieu nous effectuerons des analyses multivariées et plus précisément à des analyses de type régression logistique. Cette technique d'analyse sera utilisée puisqu'elle permet d'estimer l'impact de plusieurs variables indépendantes sur une variable dépendante dichotomique. La régression logistique permettra donc d'évaluer l'effet des dix variables

indépendantes et des deux variables modératrices sur la détresse psychologique. C'est donc avec ce type d'analyse que nous vérifierons nos hypothèses de recherche.

Chapitre III

Présentation des résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation des résultats découlant des analyses statistiques effectuées. Dans un premier temps, nous discuterons des résultats obtenus lors des analyses descriptives (tableaux V, VI, VII) des variables à l'étude dans ce mémoire. Par la suite, nous amèneront à l'attention du lecteur les résultats d'importance concernant les analyses bivariées (présentés sous forme de matrice dans le tableau VIII). Finalement, ce chapitre se terminera avec la présentation des résultats des analyses multivariées, c'est-à-dire les analyses de régression logistiques (tableau I).

3.1 Données descriptives sur les variables à l'étude

La présente section se concentre sur la présentation des statistiques descriptives des variables dépendantes, indépendantes ainsi que les variables modératrices et de contrôle (tableaux V, VI et VII respectivement). Ces résultats nous permettront de faire le point sur les diverses caractéristiques d'intérêt concernant les répondants de notre échantillon.

Tableau V
Statistiques descriptives de la variable dépendante

Variable	Valeurs	Fréquence	<i>Étendue Min/Max</i>	Moyenne	Écart-type
Détresse psychologique	0 1	73,6% 26,4%	--- ---	---	---

Pour débiter, nous remarquons à l'aide du tableau V que la distribution des répondants en ce qui a trait à la détresse psychologique est assez élevée. En effet, 26.4% du personnel infirmier composant notre échantillon ont rapporté être touché par cette problématique dans le cadre de leur travail. Rappelons au lecteur qu'un répondant était qualifié comme souffrant de détresse psychologique s'il présentait un score égal ou supérieur à 26,19 aux 14 items de l'index de Ilfed (1976) utilisé pour mesurer cette problématique (voir le tableau V). Cette mesure de la détresse psychologique est couramment utilisée dans les recherches qui font usage de l'index de Ilfed, ce qui permet une certaine standardisation et comparaison des résultats. Le pourcentage obtenu ici nous indique que la problématique de la détresse psychologique au travail en est une d'importance parmi le personnel infirmier, et qu'elle mérite que l'on s'y attarde.

Tableau VI

Statistiques descriptives des variables indépendantes

Variable	Valeurs	Fréquence	Étendue Min/Max	Moyenne	Écart- type
Demandes psychologiques	---	---	9 34	24,1	4,2
Nombre d'heures de travail	---	---	3 72	31,8	9,7
Horaire de travail irrégulier ou imprévisible	0 1	64% 36%	---	---	---
Horaire de travail de nuit ou alternant	0 1	55,1% 44,9%	---	---	---
Statut d'emploi (insécurité d'emploi)	0 1	14,4% 85,6%	---	---	---
Travail répétitif	0 1	78,4% 21,6%	---	---	---
Travail sous tension avec le public	0 1 2	3,2% 48,4% 48,4%	---	---	---
Violence au travail	0 1 2 3	54% 24,9% 12,9% 8,2%	0 3	0,75	1

Examinons maintenant les points saillants ressortant des analyses descriptives des variables indépendantes. Dans un premier temps nous observons qu'au niveau des demandes psychologiques du travail, une variable continue, la moyenne est assez élevée. Par contre au niveau de la variable suivante, à savoir le nombre d'heures de travail, elle aussi de nature continue, la moyenne demeure tout de même assez basse. Au niveau des écarts-types par contre, ces derniers sont assez élevés (4,2 pour les demandes psychologiques du travail et 9,7 pour le nombre d'heures travaillées), ce qui signifie qu'il existe une grande variance dans la distribution des répondants. Pour les variables dichotomiques, notons que 36% des répondants ont mentionné avoir un horaire de travail irrégulier ou imprévisible, 44,9% disent travailler la nuit ou avoir un horaire alternant, alors que 21,6% rapportent exécuter du travail répétitif. Finalement, au niveau du statut d'emploi, seulement 14,4% des répondants mentionnent ne pas avoir un emploi de nature permanent. Pour ce qui est de la tension dans le travail avec le public, on

dénote un très fort déséquilibre entre les répondants. En effet, 96,8% de ceux-ci mentionnent travailler avec un certain degré de cette contrainte contrairement à 3,2% qui s'en disent exempts. Pour conclure, la violence au travail dans cette profession semble être un problème relativement sérieux. Nous constatons effectivement que la proportion des répondants indiquant avoir vécu au moins une forme ou l'autre (verbale ou physique) de violence au travail s'élève à 46% ce qui est élevé.

Tableau VII

Statistiques descriptives des variables modératrices et contrôles

Variable	Valeurs	Fréquence	Étendue Min/Max	Moyenne	Écart-type
Utilisation des compétences	---	---	6 24	17,7	3
Autorité décisionnelle	---	---	3 12	8	1,9
Syndicalisation	0 1	13,9% 86,1%	---	---	---
Soutien social hors travail	0 1	61,5% 38,5%	---	---	---
Activité physique	0 1	52,6% 47,4%	---	---	---
Sexe	0 1	11,6% 88,4%	---	---	---
Âge	---	---	5 15	9,5	1,9
Statut marital	0 1	17,7% 82,3%	---	---	---
État de santé perçu	0 1 2	3,1% 36,8% 60,1%	---	---	---
Suffisance du revenu dans le ménage	0 1 2 3	8,4% 25,1% 51,7% 14,8%	---	---	---
Niveau d'éducation	---	---	4 21	14,2	2,7
Nombre d'enfants mineurs	0 1 2 3	50,1% 16,6% 24,4% 8,9%	---	---	---
Tension avec les enfants	0 1	87,5% 12,5%			

Suite à la présentation des analyses descriptives des variables indépendantes, il sera désormais question des statistiques descriptives des variables modératrices et de contrôle. Dans un premier temps, pour les variables modératrices au travail, le personnel infirmier semble disposer d'une autorité décisionnelle élevée (8 sur une échelle de 12) et il semble en être de même en ce qui a trait à l'utilisation des compétences (17,7 sur une échelle de 24). La très grande majorité des emplois occupés par les répondants sont syndiqués (86,1%).

Au niveau des variables modératrices hors travail, le support social hors travail ne semble pas très élevé pour les répondants de cet échantillon puisque 61,5% mentionnent avoir un faible soutien de leur entourage ou encore être insatisfaits des rapports entretenus avec celui-ci. De même, une majorité de 52,7% des répondants mentionnent qu'ils ne pratiquent jamais ou rarement certaines formes d'activité physique.

Finalement, pour ce qui est des variables contrôles, il y a un déséquilibre marqué au niveau du sexe des répondants, l'échantillon étant composé à 88,4% de femmes. Il en est de même en ce qui a trait à l'état civil, puisque 82,3% mentionnent avoir un conjoint alors que 17,7% se déclare célibataire. Le groupe d'âge moyen des répondants de cet échantillon est situé entre 40 et 44 ans, le revenu dans leur ménage se situe majoritairement dans la catégorie *moyen supérieur*, en terme de suffisance du revenu dans le ménage. Au niveau de la scolarité, ils ont en moyenne complété des *études partielles de niveau collégial* et perçoivent leur état de santé comme étant bon, voire très bon. En dernier lieu, près de la moitié des répondants mentionnent ne pas avoir d'enfants d'âge mineur (50,1%) alors que 49,9% en ont entre un et trois et 12,5% déclarent avoir des tensions avec leurs enfants.

3.2 Résultats des analyses bi-variées

Comme le lecteur pourra le constater, le tableau VIII expose toutes les corrélations existantes entre les variables à l'étude. Nous examinerons cette matrice en fonction de deux objectifs précis. Le premier consiste à examiner quelles sont les variables qui sont corrélées de manière significative avec la détresse psychologique qui constitue notre variable dépendante. Dans un deuxième temps, nous voudrions identifier s'il existe des situations de co-linéarité entre certaines variables, autres que celles se rapportant à la variable dépendante.

Pour ce qui est du premier objectif, huit variables présentent des corrélations significatives avec la détresse psychologique. Au niveau des *variables indépendantes*, deux d'entre elles sont positivement corrélées avec la détresse psychologique (nous entendons par là que la variable dépendante, la détresse psychologique, varie dans le même sens que la variable indépendante) c'est-à-dire le travail sous tension avec le public ($p < 0,05$) ainsi que la présence de violence au travail ($p < 0,01$). Il est également à noter que certaines des variables indépendantes sont également corrélées entre elles (voir tableau VIII). L'examen des *variables modératrices* au travail ainsi que hors travail révèlent trois associations significatives négatives. Au travail, l'utilisation des compétences ainsi que l'autorité décisionnelle sont corrélées négativement avec la détresse psychologique ($p < 0,05$). À l'extérieur du travail, seul le soutien social hors travail présente une corrélation négative avec la variable dépendante ($p < 0,01$). Il est à noter encore une fois que certaines des variables modératrices sont également corrélées entre elles. Finalement, au niveau des *variables de contrôle*, l'état de santé perçu ainsi que la suffisance du revenu dans le ménage se sont avérées négativement associées à la détresse psychologique ($p < 0,05$) (nous entendons par là que la variable dépendante, la détresse psychologique, varie dans le sens inverse de ces variables modératrices ou de contrôle). La variable de tensions avec les enfants, pour sa part, est associée de manière positive avec la détresse psychologique ($p < 0,01$).

Dans un deuxième temps, l'examen de la matrice de corrélation ne nous indique pas de situation où la co-linéarité pourrait venir influencer les résultats. En effet, le critère de co-linéarité ($r=0,50$) n'est atteint pour aucune des corrélations observées dans le tableau VIII.

Tableau VIII
Matrice des corrélations entre les variables

	Détresse	Demandes	Nb Heures	Horaire	Intéressé	Travail de nuit	Statut d'emploi	Travail répétitif	Tension publique	Violence au travail	Compétence	Autorité décisionnelle	Emploi syndiqué	Soutien social hors travail	Activité physique	Sexe	Groupe d'âge	Etat civil	Etat de santé perçu	Suffisance du revenu	Scolarité	Nb enfants mineurs	Tensions avec enfants
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	1	-.006	-.008	.021	.048	-.019	.037	.115*	.160**	-.098*	-.107*	-.028	.240**	-.049	-.041	-.033	-.011	-.114*	-.115*	-.063	.074	.139**	
2		1	-.011	.148**	.101*	.015	.129**	.227**	.224**	.249**	-.083	.181**	-.056	.037	.013	.149**	.003	.028	.087	.109*	-.074	-.050	
3			1	-.043	.064	-.019	-.037	.101*	-.033	.109*	.121	.139**	.039	-.030	.153**	.033	-.094*	.006	.074	.123*	-.079	-.103*	
4				1	.320**	.280**	.070	.003	.052	.024	-.080	.026	-.034	.023	-.084	.078**	-.013	-.004	.167**	.077	.009	-.050	
5					1	.157**	.000	.016	.041	.149**	.039	.012	-.077	-.014	-.037	.319**	.038	.050	-.079	.1*	.015	-.052	
6						1	-.005	.051	-.002	-.037	.074	.041	.033	-.056	.033	.182**	.119*	-.008	.201**	-.063	.018	-.001	
7							1	.060	.138**	.286**	-.107*	.081	-.023	-.035	-.004	-.075	-.013	-.048	.154**	.214**	-.067	-.048	
8								1	.221**	.026	-.042	-.075	-.088	.024	-.006	.032	.013	.009	.139**	-.037	-.051	-.017	
9									1	-.018	-.123*	.222**	-.048	.041	-.048	.136**	.034	.003	.051	.047	.018	.023	
10										1	.415**	.016	.044	.130**	.042	-.025	.042	.193**	.170**	.376**	-.008	-.031	

Note : *p<0.05. ** p<0.01

Tableau VIII (suite)

Matrice des corrélations entre les variables

	Détresse	Demandes psy.	Nb Heures	Horaire	Travail de nuit	Statut	Travail d'emploi	Travail répétitif	Tension public	Violence au travail	Compétence	Autorité	Emploi syndiqué	Soutien social hors travail	Activité physique	Sexe	Groupe d'âge	Etat civil	Etat de santé perçu	Suffisance du revenu	Scolarité	Nb enfants mineurs	Tensions avec enfants
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
11											1	-.191**	.034	.051	-.022	-.182**	.027	-.157**	.113*	.062	-.118*	-.087	
12												1		-.020	-.023	-.124**	.055	.031	.112*	.041	.088	-.027	
13													1	-.061	.083	-.006	.019	-.127**	.057	.033	-.008	-.102*	
14														1	.031	.010	-.017	-.143**	.096*	-.017	-.066	-.008	
15															1	-.133**	-.001	.026	.054	.016	-.021	-.013	
16																1	-.031	-.091	.093	-.174**	-.192**	-.011	
17																	1	.054	-.142**	-.055	-.192**	.050	
18																		1	.127**	.106*	.042	-.067	
19																			1	-.195**	-.140**	-.043	
20																				1	.111*	.071	
21																					1	-.112**	
22																						1	

Note : *p<0.05, **p<0.01

3.3 Résultats des analyses multivariées

Le tableau IX présente les résultats découlant des analyses de régressions logistiques se rapportant à la détresse psychologique. Avant toute chose cependant nous devons informer le lecteur que toutes les variables étant incluses dans les modèles conceptuels et opératoires ont été regroupées en bloc selon leur statut pour ensuite faire l'objet des analyses de régressions logistiques. Ainsi, le premier modèle est composé du bloc des huit variables de contrôle. Le deuxième modèle ajoute le bloc des huit variables indépendantes que nous avons appelé, dans le cadre de la présente étude, *facteurs de risque*. Le troisième modèle présente en plus des variables contrôle, le bloc des variables modératrices ou *facteurs de protection* et le quatrième modèle reprend toutes les variables des trois modèles précédents afin de les mesurer ensemble. En dernier lieu, le modèle final inclut toutes les variables du modèle 4 mais y rajoute les variables d'interactions entre les facteurs de risque et les facteurs modérateurs de protection qui ont un effet significatif sur la détresse psychologique. Les coefficients n'étant pas standardisés, nous avons ajouté la valeur de signification de p afin d'avoir une indication plus nette quant à la contribution explicative de chaque variable en regard de la détresse psychologique.

Comme nous en avons fait mention dans le précédent paragraphe, le premier modèle est composé des variables contrôles. Deux d'entre-elles s'avèrent être significativement associées à la détresse psychologique, à savoir l'état de santé perçu (association négative à $p < 0.05$) ainsi que les tensions avec les enfants (association positive à $p < 0.01$). Donc, en résumé, le fait de percevoir sa santé comme moyenne ou mauvaise ainsi que le fait de vivre des tensions avec les enfants sont deux éléments contribuant à faire augmenter la probabilité de souffrir de détresse psychologique.

Ensuite, pour le deuxième modèle, où les variables indépendantes (facteurs de risque) ont été introduites, il s'avère que seule la présence de violence au travail est positivement associée avec la détresse psychologique ($p < 0.01$). C'est donc dire que la présence de violence au travail représente un facteur de risque susceptible de faire

augmenter les niveaux de détresse psychologique des travailleurs à l'étude. Il est à noter qu'au niveau des variables contrôles, l'état de santé perçu demeure une variable significative ($p < 0.05$) en regard de la détresse psychologique alors que l'on peut remarquer que les tensions avec les enfants perdent de leur signification face à la détresse psychologique (passe de $p < 0.01$ à $p < 0.05$) mais demeurent tout de même un facteur significatif pouvant prédire cette dernière.

Le troisième modèle, se rapportant aux variables modératrices (facteurs de protection), révèle qu'une seule des cinq variables est significativement reliée à la détresse psychologique, soit le support social hors travail et ce de manière assez forte ($p < 0.01$). Le degré de support social à l'extérieur du travail semble donc être un facteur important contribuant à réduire la détresse psychologique (association négative). Notons aussi qu'à cette étape, l'état de santé perçu disparaît en tant que variable significativement associée à la détresse psychologique, alors que la tension avec les enfants demeure significative ($p < 0.05$).

Au niveau du quatrième modèle, où sont incluses à la fois les variables contrôles, les variables indépendantes (facteurs de risque) et les variables modératrices (facteurs de protection), nous observons que les variables qui s'étaient avérées être significativement liées à la détresse psychologique dans les trois premiers modèles le sont toujours, à l'exception de l'état de santé perçu. Les variables de la tension avec les enfants, de la violence au travail ($p < 0.01$), ainsi que le soutien social hors travail ($p < 0.01$) demeurent encore liées à la détresse psychologique et ce avec les mêmes forces d'associations que dans les blocs précédents.

En dernier lieu, le modèle final regroupe toutes les variables incluses dans le modèle quatre mais y intègre également les variables d'interaction entre les variables indépendantes (facteurs de risque) et les variables modératrices (facteurs de protection) qui ont un effet significatif sur la détresse psychologique. Un des éléments nouveaux apparaissant dans ce modèle, provient de l'effet d'interaction négatif existant entre l'autorité décisionnelle et le travail sous tension avec le public ($p < 0.05$). Dans ce modèle

final, la présence de violence au travail est toujours positivement associée à la détresse psychologique ($p < 0.01$), de même que le soutien social hors travail ($p < 0.01$). Cependant, l'association de la variable contrôle de tension avec les enfants avec la détresse psychologique s'affaiblit au point de devenir non significative ($p = 0.088$). En contrepartie, une nouvelle variable, jusqu'alors non significative apparaît. En effet, le travail sous tension avec le public présente une forte association positive avec la détresse psychologique ($p < 0.01$). De manière plus spécifique, le fait que le travail se fasse dans des conditions où les tensions avec le public sont importantes contribue à faire augmenter la détresse psychologique de manière significative. Par ailleurs, l'interaction entre l'autorité décisionnelle et le travail sous tension avec le public suggère que l'autorité décisionnelle exerce un effet modérateur sur la relation existant entre un tel travail (sous tension avec le public) et la détresse psychologique au point d'inverser la relation qui devient négative.

Tableau IX

LES RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES

Variables	Modèle 1 N = 412	Modèle 2 N = 389	Modèle 3 N = 407	Modèle 4 N = 384	Modèle final N = 384	Valeur de p ---
Sexe	-.132	.162	-.039	.329	.318	.432
Âge	-.032	.027	-.021	.047	.039	.625
État civil	-.144	-.219	-.030	-.037	.069	.849
État de santé perçu	-.419*	-.519*	-.251	-.304	-.350	.144
Suffisance du revenu	-.140	-.176	-.097	-.125	-.121	.508
Niveau d'éducation	-.038	-.061	-.034	-.058	-.048	.405
Nombre d'enfants mineurs	.083	.100	.080	.104	.117	.395
Tension avec les enfants	.859**	.913*	.671*	.758*	.655	.088
Demandes psychologiques du travail		-.016		-.010	-.006	.875
Nombre d'heures de travail		.005		.011	.010	.473
Horaire de travail irrégulier ou imprévisible		.100		.104	.084	.785
Horaire de travail de nuit ou alternant		.462		.463	.447	.115
Statut d'emploi		-.060		-.096	-.143	.705
Travail répétitif		.008		-.122	-.109	.736
Travail sous tension avec le public		.459		.323	2.958**	.01
Violence au travail		.388**		.419**	.443**	.001
Utilisation des compétences			-.007	-.022	-.036	.530
Autorité décisionnelle			-.088	-.102	.445	.074
Syndicalisation			-.017	-.058	-.114	.788
Soutien social hors travail			-1.179**	-1.143**	-1.189**	.000
Activité physique			-.227	-.258	-.306	.256
Interaction (autorité décisionnelle X tension public)					-.333*	.020
X2	18.114*	38.102**	38.877**	57.420**	63.047**	
DL	8	16	13	21	22	
P	.020	.001	.000	.000	.000	

Note : *p < 0.05, **p < 0.01

Chapitre IV

Discussion des résultats

Le présent mémoire de recherche a étudié l'effet de multiples facteurs propres au travail sur une problématique de santé qui touche de plus en plus de travailleurs québécois, à savoir la détresse psychologique. À cet effet, nous avons fait la distinction entre facteurs de risque et facteurs de protection, à partir des facteurs du travail évalués par l'Enquête de Santé Québec de 1998. En ce sens, ce mémoire s'inscrit dans la même approche que celle proposée par Vézina et al. (1992). L'effet de ces multiples facteurs a été évalué pour une catégorie occupationnelle précise, à savoir les membres du personnel infirmier. Les effets potentiellement confondants des facteurs comme le sexe, l'âge, l'état civil, l'état de santé perçu, le revenu, le nombre d'années de scolarité, le nombre d'enfants mineurs ainsi que les tensions avec les enfants ont été contrôlés. Nous avons émis cinq hypothèses. La première prédit qu'il y aura un effet direct des facteurs de risque sur la détresse psychologique. Les deux suivantes se rapportent à un effet modérateur des deux types de facteurs de protection, à savoir ceux existant au travail (utilisation des compétences, autorité décisionnelle, syndicalisation) et ceux hors travail (soutien social hors travail, activité physique). Finalement les hypothèses quatre et cinq portent sur l'effet direct sur la détresse psychologique des deux types de soutien social énoncés précédemment.

Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps discuter des résultats de recherche obtenus et dont nous avons fait la présentation au chapitre précédent. Il sera alors question des résultats obtenus pour chacune des hypothèses se rapportant à la détresse psychologique. Dans un deuxième temps, nous élaborerons sur les forces ainsi que les limites que comporte cette étude et en dernier lieu, nous examinerons quelques pistes de recherche pouvant éventuellement s'avérer intéressantes à explorer dans le futur.

4.1 Discussion des résultats concernant la détresse psychologique

En premier lieu, examinons les résultats obtenus au niveau de la première hypothèse. Nous observons que deux facteurs sur les neuf proposés semblent représenter de prédicteurs significatifs de la détresse psychologique chez le personnel infirmier. En ce sens, et selon les analyses de régressions logistiques du tableau IX, nous pouvons donc dire que l'hypothèse n'est que partiellement confirmée. En effet, de tous les facteurs de risque à l'étude, seuls la violence au travail et le degré de tension avec le public dans le travail sont positivement et significativement associés avec la détresse psychologique.

Au niveau du premier facteur de risque, à savoir la présence de violence au travail, les résultats issus de la présente étude indiquent que ce facteur contribue de manière significative à l'augmentation des niveaux de détresse psychologique rencontrés chez le personnel infirmier. En effet, nous voyons qu'il s'agit ici du facteur de risque le plus important en regard de cette problématique, le degré de significativité étant le plus élevé ($p = .001$) et les corrélations étant plus stables. De même, la présence de violence au travail est positivement corrélée avec trois autres facteurs de risques à savoir les demandes psychologiques du travail ($p = .224$), le travail répétitif ($p = .138$) ainsi que le travail sous tension avec le public ($p = .221$). Bien qu'ayant fait l'objet de peu d'études empiriques, ce résultat est concordant avec ceux qu'ont obtenu Boudreau (2002) et Moskovakis (2002). Étant donné que le facteur de la présence de violence au travail est si peu documenté, le présent résultat constitue une contribution significative quant à l'avancement des connaissances et confirme l'importance de ce facteur en regard de la détresse psychologique.

En ce qui concerne le travail comportant des tensions avec le public, celui-ci augmente de façon importante la probabilité de souffrir de détresse psychologique

lorsque le degré de tension est élevé. Ce résultat est semblable à ce qui avait été montré de manière empirique par certaines études dont celle longitudinale de Bradley et Cartwright (2002) ainsi que celle de Tummers et al. (2002). Rappelons que ces deux études arrivent à la conclusion que c'est la nature même du travail d'infirmier/infirmière en tant que travail avec un public exigeant (i.e. donner des soins aux malades) qui s'avère être source de détresse psychologique. Notons aussi que le facteur du travail sous tension avec le public a aussi été recensé par Vézina et al., 1992 comme étant susceptible de faire augmenter la détresse psychologique chez les travailleurs y faisant face dans leur milieu. Il est à noter qu'à la base la variable du travail sous tension avec le public présente une corrélation bi-variée significative avec la détresse psychologique (tableau VIII). Cependant, les analyses multivariées des modèles 1 à 4 du tableau IX révèlent que cette corrélation bi-variée s'affaiblit au point de devenir non-significative, probablement en raison de la présence d'autres variables avec lesquelles elle est également corrélée comme les demandes psychologiques du travail, le nombre d'heures travaillées et la violence au travail, cette dernière étant plus fortement corrélée à la détresse psychologique. En effet, ce n'est qu'au niveau du modèle final que la variable retrouve sa corrélation bi-variée de base, qui est significative avec la détresse psychologique. Il est possible que la variable d'interaction intégrée dans le modèle final, à savoir l'autorité décisionnelle combinée au travail sous tension avec le public, ait neutralisé certaines variables confondantes qui avaient jusque là affaibli la significativité de la corrélation entre le travail sous tension avec le public et la détresse psychologique, comme la variable de la perception de la suffisance du revenu dans le ménage qui est corrélée avec les deux variables en interaction (travail sous tension avec le public et autorité décisionnelle) ainsi qu'avec la détresse psychologique. Quoiqu'il en soit, tout se passe comme si la variable d'interaction, en faisant jouer l'effet protecteur de l'autorité décisionnelle en contexte de travail sous tension avec le public avait permis à la variable travail sous tension avec le public *per se* de révéler un certain potentiel de risque pour la détresse psychologique.

Dans un autre ordre d'idées, lorsque nous faisons référence aux analyses bi-variées du tableau VIII, nous constatons qu'il n'existe qu'un faible lien entre la présence

de violence au travail et le travail sous tension avec le public ($p = .221$ avec $p < 0.01$), nous laissant ainsi observer l'absence de colinéarité entre ces deux facteurs. C'est donc dire que le travail sous tension avec le public ne représente pas un sous-produit de la présence de violence au travail mais que ce facteur possède son identité propre. C'est donc dire que ces deux facteurs ne peuvent être confondus et représentent chacun des réalités distinctes, bien qu'ayant une certaine association.

Pour ce qui est des six autres facteurs de risque, nous ne pouvons avancer, à la lumière des résultats obtenus qu'il existe un effet significatif de ceux-ci sur la détresse psychologique. En effet, mentionnons qu'en plus de l'absence de corrélations significatives au niveau multivarié, aucun de ces six facteurs n'est corrélé de manière significative au niveau bi-varié avec la détresse psychologique. Cependant, les variables présence de violence au travail ainsi que du travail sous tension avec le public sont corrélées au niveau bi-varié avec la détresse psychologique ainsi qu'avec d'autres facteurs de risque. En effet, la violence au travail est corrélée avec les demandes psychologiques du travail ($p = .224$ avec $p < 0.01$), le travail répétitif ($p = .138$ avec $p < 0.01$) ainsi qu'avec le travail sous tension avec le public ($p = .221$ avec $p < 0.01$). Quant au travail sous tension avec le public, elle est corrélée avec les demandes psychologiques du travail ($p = .227$ avec $p < 0.01$), le nombre d'heures travaillées ($p = .101$ avec $p < 0.05$) ainsi qu'avec la présence de violence au travail ($p = .221$ avec $p < 0.01$). Nous sommes donc en mesure de constater que ces deux facteurs de risque, corrélés à la détresse psychologique nous permettent d'avoir une vision assez large de la réalité du travail du personnel infirmier. Néanmoins, l'absence de corrélations significatives au niveau de ces six variables et en particulier au niveau des demandes psychologiques du travail a été observée par l'étude empirique de Bheer et al. (2001) dont seulement une seule mesure de demandes psychologiques du travail sur trois s'est avérée être significative en regard de la détresse psychologique. L'absence d'une corrélation significative de la variable des demandes psychologiques du travail sur la détresse psychologique pourrait être due à une combinaison de deux caractéristiques de la variable, à savoir une moyenne élevée parmi la population (24 sur une échelle dont les

scores varient entre un minimum de 9 et un maximum de 34), ainsi qu'à une variance relativement faible (écart-type de seulement 4 sur une échelle de 25).

En ce qui a trait aux résultats se rapportant à la deuxième hypothèse, qui postulait un effet modérateur de certains facteurs liés au travail (i.e. utilisation des compétences, autorité décisionnelle, syndicalisation), ceux-ci nous indiquent que cette hypothèse est partiellement confirmée. En effet, en se fiant aux résultats du modèle final (tableau IX), nous observons qu'il existe un effet modérateur de l'autorité décisionnelle lorsqu'elle interagit avec un travail sous tension avec le public sur la détresse psychologique, à travers la variable d'interaction significative qui est présente dans ce modèle final. Ainsi, pour le personnel infirmier dont le travail est caractérisé par de nombreuses tensions dans les rapports avec le public, mais qui possède en contrepartie un niveau élevé d'autorité décisionnelle, la probabilité de souffrir de détresse psychologique est significativement moindre que chez ceux qui sont faibles sur cette interaction. Ce résultat révèle donc l'importance du facteur de l'autorité décisionnelle en tant qu'élément modérateur puisqu'il vient renverser la relation observée dans la première hypothèse, soit la relation positive entre le travail sous tension avec le public et la détresse psychologique. Ce résultat apporte un support empirique au modèle de Vézina et al. (1992) dans lequel l'autonomie décisionnelle au travail (dont une des deux composantes est l'autorité décisionnelle) est une variable modératrice venant protéger les travailleurs contre l'effet des facteurs de risques au travail (dont notamment le travail en relation d'aide qui est souvent générateur de tensions avec le public bénéficiaire) sur la détresse psychologique vécue par le personnel infirmier. Ce résultat confirme de plus la tendance rapportée dans le chapitre sur l'état des connaissances concernant le rôle important de la latitude décisionnelle au travail, composée, rappelons-le, de l'utilisation des compétences et de l'autorité décisionnelle, quant à ses effets bénéfiques sur la santé mentale du personnel infirmier (Bourbonnais et al., 1998, 1999; Bourbonnais et Mondor, 2001; Amick III et al., 1998; Cheng et al., 2000; Landsbergis 1988; Petterson et al., 1995; Tummers et al., 2002; de Rijk et al, 1998). Ces résultats montrent que dans le contexte du personnel infirmier, l'autorité décisionnelle n'exerce pas un effet

modérateur sur tous les facteurs de risque mais seulement sur le travail comportant des tensions avec le public. Par ailleurs, les corrélations bi-variées entre le travail sous tension avec le public, la présence de violence au travail et les demandes psychologiques du travail laissent entendre qu'il s'agit en effet d'un type de travail qui génère beaucoup de tension et de pression au niveau psychique. L'autonomie permise par l'autorité décisionnelle permet de gérer ces pressions et donc de moduler la tension psychologique en résultant. Certaines études s'approchent de cette explication de par les variables qu'elles testent (Tummers et al., 2002; Maurier et Northcott, 2000; Tyler et Cushway, 1995; 1992).

Concernant l'absence de résultats significatifs touchant la syndicalisation, il faut rappeler au lecteur qu'il s'agit d'une variable mesurant de manière très approximative (par défaut) le degré de soutien social au travail en tant que variable modératrice. L'absence de lien modérateur de la syndicalisation pourrait donc être due à la faiblesse de la mesure d'une part, ainsi qu'au peu de variance de cette variable. En effet, 86% de l'échantillon se trouve à être syndiqué. Ce résultat est confirmé par l'étude de Moskovakis (2002) qui n'a pas pu confirmer le rôle de modérateur de la variable syndicalisation. Par contre, l'étude de Boudreau (2002) a réussi à prouver l'inverse, mais uniquement de manière partielle, la syndicalisation ne modérant que le facteur de risque du travail répétitif.

Contrairement à la deuxième hypothèse, les résultats se rapportant à la troisième hypothèse ne nous permettent pas d'avancer que les variables modératrices hors travail soit le support social hors travail et l'activité physique modèrent l'effet négatif des facteurs de risque du travail sur la détresse psychologique vécue par le personnel infirmier, puisque aucune variable d'interaction combinant le support social hors travail et l'activité physique avec chacun des facteurs de risque ne s'est avérée significative. Donc, en regard des résultats obtenus lors des analyses (tableau IX) la troisième hypothèse est infirmée. Bien que peu d'études se soient attardées aux effets modérateurs du support social hors travail et de l'activité physique, ces résultats sont en contradiction avec ce qu'avance le modèle de Vézina et al. (1992), à savoir que le soutien social hors

travail (classé par Vézina et ses collaborateurs en tant que stratégie d'adaptation) ainsi que la pratique d'activité physique viendraient modérer l'effet délétère des facteurs de risques en regard de la détresse psychologique des travailleurs. De même, l'absence d'effet modérateur observée dans cette étude contredit les résultats du travail empirique de Moskovakis (2002) qui a permis d'observer le rôle modérateur du support social hors travail sur la relation entre les facteurs de risque au travail et la détresse psychologique. Cependant, ces résultats confirment l'étude empirique de Boudreau (2002) qui n'a également pas permis de dégager d'effet modérateur du support social hors travail sur la relation unissant les facteurs de risques à la détresse psychologique. Cependant, il est à noter le support social hors travail a un effet direct significatif important sur la détresse psychologique qui sera discuté ultérieurement.

Concernant maintenant les résultats obtenus en regard de la quatrième hypothèse, postulant un effet direct des variables modératrices au travail sur la détresse psychologique, ceux-ci ne nous permettent pas d'avancer l'existence d'un tel lien. En effet, aucune des analyses de régression logistique présentées au tableau IX ne présente des résultats pleinement significatifs concernant un effet direct de ces variables sur la variable dépendante.

À cette constatation, il faut cependant ajouter une nuance importante. En effet, dans le modèle final (Tableau IX) la variable de l'autorité décisionnelle devient presque significative ($p = 0.07$) et, de surcroît, positive, c'est-à-dire qu'elle fait augmenter la détresse psychologique. Remarquons que cet effet est conditionnel à l'apparition de la variable d'interaction dans le modèle final. Cette variable d'interaction qui est significative, indique que l'autorité décisionnelle a un effet modérateur significatif qui réduit la détresse psychologique dans des situations où la tension est élevée comme dans le cas du travail sous tension avec le public. Par contre, une fois contrôlé ce type d'effet de l'autorité décisionnelle dans ces situations de travail (i.e. où il existe de fortes tensions) cette dernière devient positive et produit un effet positif presque significatif sur la détresse psychologique. L'autorité décisionnelle semble donc avoir des effets possiblement contradictoires sur la détresse psychologique, à savoir bénéfiques

lorsqu'elle fournit l'autonomie nécessaire pour gérer des situations où la tension est forte, comme c'est le cas pour la variable d'interaction, mais également nuisibles dans les autres situations où la variable de l'autorité décisionnelle réfère probablement alors davantage à une dimension de responsabilité et de charge de travail plutôt qu'à une dimension d'autonomie ou de degré de contrôle permettant de gérer des situations difficiles comme dans le cas décrit par la variable d'interaction.

Ces résultats obtenus concernant l'absence ou le peu d'effet direct de ces facteurs de protection sur la détresse psychologique peuvent surprendre compte tenu du grand nombre d'études affirmant l'inverse, soit : Bourbonnais et al., (1998) (1999); Bourbonnais et Mondor, (2001); Amick III et al., (1998); Cheng et al., (2000); Landsbergis (1988); Petterson et al., (1995); Tummers et al., (2002); de Rijk et al., (1998); de Jonge et al., (2000) (a) (b); Schechter et al., (1997); Mausner-Dorsh et Eaton, (2000); Stansfeld et al., (1999); Vézina et al., (2000); Karasek, (1979); Karasek et Theorell, (1990), (2000); Sargent et Terry, (2000); Calnan et al., (2000); Searle et al., (2001); Rafferty et al., (2001); Niedhammer et al., (2000), pour la latitude décisionnelle (utilisation des compétences et autorité décisionnelle) et Bourbonnais et al., (1998), (1999); Bourbonnais et Mondor, (2001); Amick III et al., (1998); Cheng et al., (2000); Landsbergis (1988); Tyler et Cushway, (1995); Bradley et Cartwright, (2002); Muncer et al., (2001); Tummers et al., (2002); Janssen et al., (1999); Stansfeld et al., (1999); Karasek et Theorell, (1990), (2000); Sargent et Terry, (2000); Calnan et al., (2000); Janssen et al., (2001); Searle et al., (2001); Rafferty et al., (2001); Wilkins et Beaudet, (1998); Frese, (1999), pour le soutien social au travail. Il est à noter toutefois que le facteur syndicalisation est une mesure de remplacement du soutien social au travail résultant de l'utilisation de données secondaires. Il est évident qu'une mesure plus représentative du concept original aurait pu donner des résultats reflétant davantage la réalité. Par contre, il est important de noter que certaines études obtiennent des résultats semblables aux nôtres et n'ont pu montrer d'effets en ce qui a trait à la latitude décisionnelle (Beehr et al., 2001; Rafferty et al., 2001), ainsi qu'au soutien social au travail (Vermeulen et Mustard, 2000; Dollard et Winefield, 1998; Bourbonnais et al., 1996; Lerner et al., 1994) sur la détresse psychologique.

Enfin, pour la cinquième hypothèse, postulant l'existence d'un effet direct des variables modératrices hors travail (i.e. le soutien social hors travail et l'activité physique) sur la détresse psychologique, les résultats nous permettent de la confirmer de manière partielle. En effet, la variable du soutien social hors travail présente une relation négative significative avec la détresse psychologique, ce qui veut dire que le support social à l'extérieur du travail contribue grandement à réduire la détresse psychologique chez le personnel infirmier puisque cette variable est celle qui est la plus significative en regard de la détresse. Ce résultat apporte un support empirique au modèle de Vézina et al., (1992) pour qui la famille et le réseau social constituent des sources d'entraides et d'assistance pour la résolution de problèmes et ainsi réduisent l'impact du stress sur l'état psychologique du travailleur.

À la lumière des résultats présentés dans le présent chapitre, nous observons qu'il existe quatre facteurs d'importance influant sur la détresse psychologique à savoir, dans l'ordre, le soutien social hors travail (-1.189 à $p < 0.00$), la présence de violence au travail (.443 à $p < .001$), le travail sous tension avec le public (2.958 à $p < 0.01$) et finalement la variable d'interaction (autorité décisionnelle et travail sous tension avec le public où $p = -.333$ à $p < 0.05$). La majorité des ces facteurs relèvent du travail venant ainsi confirmer la pertinence et l'intérêt de la présente étude. Par contre, le facteur le plus important est un facteur de protection soit le support social hors travail, et il relève des facteurs externes au travail. Par ailleurs, remarquons que pour cette dernière variable, un peu plus de 60 % de l'échantillon se retrouve dans une position de faiblesse (tableau VII). La détresse psychologique représente donc un phénomène complexe influencé par de multiples facteurs présents à la fois au travail (présence de violence au travail, travail sous tension avec le public, autorité décisionnelle) et hors travail (soutien social hors travail). Ces résultats suggèrent une dynamique concernant la détresse psychologique opposant les facteurs au travail et les facteurs hors travail. En effet, le travail semble surtout comporter des facteurs favorisant l'apparition de la détresse psychologique (violence au travail, tension avec le public, autorité décisionnelle/responsabilisation et ce malgré le rôle modérateur de l'autorité décisionnelle/autonomie dans des conditions très

spécifiques) alors que la dimension hors travail semble surtout jouer un rôle protecteur en réduisant la détresse psychologique notamment par le biais du soutien social hors travail. Ainsi, pour la majorité de l'échantillon et au moment de l'enquête, il semble se créer un certain équilibre entre ces deux univers. Cependant pour une minorité, c'est-à-dire le quart de l'échantillon, la détérioration d'un ou de plusieurs facteurs dans un et/ou l'autre de ces univers compromet l'équilibre et entraîne l'apparition d'un niveau problématique de détresse psychologique. Cette interprétation va dans le même sens que celle donnée aux résultats de l'étude de Moskovakis (2002) montrant que les demandes psychologiques du travail, les horaires de travail irréguliers, la présence de violence au travail ainsi que le travail sous tension avec le public sont des facteurs de risque du travail contribuant à faire augmenter la détresse psychologique alors que le soutien social hors travail produit l'effet inverse, soit une réduction de la détresse psychologique sur l'échantillon à l'étude (cols blancs semi-qualifiés).

En résumé, les résultats se rapportant aux analyses de régressions logistiques du tableau IX permettent de constater que les facteurs liés à la détresse psychologique sont de nature davantage occupationnels qu'individuels. En effet, la liste des facteurs significatifs, en ordre décroissant sont, le soutien social hors travail, la présence de violence au travail ensuite on trouve le travail sous tension avec le public et finalement la variable d'interaction (autorité décisionnelle et travail sous tension avec le public) Ainsi, exception faite du soutien social hors travail qui relève en bonne partie de la dynamique personnelle de l'individu et représente un facteur important de réduction des niveaux de détresse psychologique, les trois autres facteurs confirment l'importance des facteurs du travail en regard de la détresse psychologique.

4.2 Forces et limites de l'étude

En ce qui concerne les forces de la présente étude, la plus importante est sans aucun doute la grande représentativité de son échantillon qui repose dans sa totalité sur l'échantillonnage aléatoire de l'Enquête de Santé Québec de 1998. En effet, chacune de ces enquêtes sociales de santé vise à obtenir un échantillon représentatif de la population québécoise en emploi sur les plans de l'âge, du sexe des participants ainsi que de la distribution du lieu de résidence. Ainsi, puisque notre échantillon est issu de l'échantillon global de l'Enquête de Santé Québec de 1998, la validité externe de notre étude s'avère excellente. Il devient dès lors possible de généraliser à l'ensemble de la population du personnel infirmier les conclusions obtenues dans le cadre de cette étude. Un autre atout de cette étude provient de la validité interne, c'est-à-dire de la qualité de la mesure des variables. En effet, les deux questionnaires constituant l'Enquête de Santé Québec de 1998 ont été élaborés en collaboration avec divers spécialistes du milieu de la santé et des services sociaux. Cette combinaison de plusieurs niveaux d'expertises laisse donc peu de doute quant à la valeur des deux instruments de mesure constituant le questionnaire de l'enquête. De plus, Santé Québec investit beaucoup de ressources afin de veiller à la bonne réalisation de ses études à grande échelle. C'est pourquoi la validité de ces deux instruments de mesure a également été évaluée par cette dernière avant de procéder à l'enquête. Les nombreuses étapes qu'a nécessité la validation de ce questionnaire font que les mesures des variables de la présente étude sont difficilement contestables. Un troisième élément qui contribue à la force de la présente étude provient de la validité de construit. Comme nous en avons fait mention dans le chapitre réservé à l'aspect méthodologique, notre modèle conceptuel repose sur l'approche de Vézina et de ses collaborateurs (1992) elle-même basée sur un imposant corpus de littérature scientifique de plus de 400 références bibliographiques. Finalement, les nombreux facteurs personnels inclus dans le modèle conceptuel et opératoire à titre de variables contrôles permettent une meilleure estimation de l'effet des facteurs occupationnels sur la détresse psychologique.

Bien que la présente étude comporte de nombreuses forces, il ne faut pas passer ses limites sous silence. La principale provient de l'utilisation de données secondaires pour étudier une problématique complexe, la détresse psychologique ainsi que les facteurs occupationnels y étant liés. Notre étude se trouve donc à être limitée par la disponibilité et la nature des données recueillies par l'Enquête de Santé Québec de 1998. Par conséquent, de nombreux facteurs n'ont pu être testés et ce, malgré leur grande pertinence potentielle en regard de l'étude de la détresse psychologique. Parmi ceux-ci on trouve le burnout, particulièrement présent chez le personnel infirmier, l'ambiguïté et le conflit de rôle, les récompenses extrinsèques et intrinsèques (issues du modèle de Siegrist, 1996), la monotonie au travail, les relations conflictuelles avec les supérieurs et le climat de travail, la formation inadéquate, le manque de personnel, les ressources d'adaptation face aux situations stressantes, la personnalité, l'origine ethnique, l'estime de soi ainsi que la distribution de la causalité des événements (locus of control). Une deuxième limite d'importance provient de la variable du support social au travail qui n'a pas été directement mesurée par l'Enquête de Santé Québec de 1998. Au lieu d'une véritable mesure du support social au travail, nous avons dû prendre une variable de remplacement évaluée dans l'Enquête de Santé, en l'occurrence la syndicalisation. Or, la syndicalisation est un indicateur équivoque pouvant représenter plusieurs réalités, bien différentes du support social au travail. Il aurait donc été souhaitable, compte tenu que cette variable a été abondamment documentée dans la littérature portant sur la détresse psychologique, d'avoir une mesure plus directe du soutien social au travail.

4.3 Pistes de recherches futures

Les prochaines études qui porteront sur l'étude des facteurs occupationnels menant à la détresse psychologique devront porter une attention particulière aux diverses limites mentionnées au point 4.2. Afin d'en arriver à une meilleure compréhension du phénomène de la détresse psychologique, il faudrait pouvoir obtenir des données primaires et directes plutôt que de se contenter de données secondaires. De cette manière, il serait possible de créer des modèles conceptuels théoriques se rapprochant davantage de la réalité. Les prochaines études devront, en lien avec ce qui vient d'être dit, comporter une meilleure mesure, plus exhaustive, du soutien social au travail. De même, en regard du groupe occupationnel à l'étude, le personnel infirmier, il serait très pertinent de s'attarder aux liens existant entre les facteurs occupationnels et le burnout. En effet, selon la littérature, ce phénomène serait important chez le personnel infirmier. Le burnout étant généralement perçu comme une maladie issue d'une aggravation de la détresse psychologique (Büssing et Glaser, 2000; Vézina et al., 1992) il devient donc très pertinent d'approfondir les connaissances disponibles sur ce sujet afin d'avoir un portrait le plus clair possible de la détresse psychologique et de ses conséquences. Finalement, il faudrait que les prochaines études soient de nature longitudinale (comme l'étude Withehall II de Stansfeld et al., 1999) plutôt que transversale. Il deviendrait dès lors possible de réaliser des analyses beaucoup plus rigoureuses concernant les facteurs explicatifs du problème de la détresse psychologique.

Conclusion

Ce mémoire, réalisé dans le cadre du projet de recherche d'une équipe F.C.A.R. du G.R.A.S.P. avait pour objectif de mettre en lumière les facteurs occupationnels pouvant expliquer les variations de détresse psychologique pour un groupe occupationnel précis, le personnel infirmier. Ce groupe occupationnel avait été préalablement ciblé comme susceptible de présenter des taux de prévalence élevés de détresse psychologique. De plus, les statistiques présentées en introduction montrent bien que la problématique de la détresse psychologique liée au travail a des impacts négatifs non seulement pour les travailleurs eux-mêmes mais également pour les entreprises qui les emploient, les gouvernements ainsi que pour la société en général. Donc, outre les facteurs individuels ou liés aux divers environnements sociaux, la recension de la littérature montre clairement l'influence importante qu'ont les facteurs occupationnels en regard de la détresse psychologique.

Dès lors, en fonction de cet objectif, nous avons formulé la question de recherche suivante : "Quelles sont les caractéristiques du travail qui expliquent les variations de détresse psychologique chez le personnel infirmier ? ". De plus, suite à la recension de la littérature, l'approche intégrative de Vézina et al., (1992) a été retenue pour élaborer notre modèle conceptuel. En effet, ce modèle, basé sur une vaste recension des écrits, regroupe en facteurs de risque et de protection de nombreux facteurs occupationnels, individuels et hors travail fréquemment documentés dans la littérature.

Suite à l'élaboration du modèle conceptuel, cinq hypothèses de recherche ont été avancées. La première hypothèse postulait que les facteurs de risques au travail augmenteraient les niveaux de détresse psychologique. Ensuite, la deuxième hypothèse prédisait un effet modérateur des variables modératrices au travail sur le lien existant entre les facteurs de risques et la détresse psychologique et la troisième prévoyait l'existence du même effet modérateur mais provenant de facteurs hors travail. Finalement, la quatrième hypothèse prédisait l'existence d'un lien direct entre les variables modératrices au travail et la détresse psychologique, alors que pour la

cinquième hypothèse, ce lien était entre les variables modératrices hors travail et la détresse psychologique.

Bien que les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ne permettent pas de confirmer toutes nos hypothèses, il est tout de même possible de dégager certaines conclusions intéressantes. Au niveau de la première hypothèse, deux facteurs de risque s'avèrent significatifs en regard de la détresse psychologique, à savoir le travail sous tension avec le public ainsi que la présence de violence au travail. Ces deux résultats représentent des contributions originales quant à l'avancement des connaissances puisque ces facteurs ont été très peu documentés dans la littérature. De plus, les résultats permettent d'observer que ces deux facteurs de risque sont bien distincts l'un vis-à-vis de l'autre. C'est-à-dire que la tension au travail n'est pas un sous produit de la présence de violence au travail mais qu'elle représente une réalité différente de cette dernière. En dernier lieu, la présence de violence au travail est le facteur de risque qui produit le plus d'effet sur la détresse psychologique. Au niveau de la présence d'effets modérateurs, la deuxième hypothèse est partiellement confirmée, alors que la troisième est infirmée. En effet, les résultats confirment la présence d'un effet modérateur de l'interaction entre l'autorité décisionnelle et le travail sous tension avec le public sur la détresse psychologique. C'est donc dire que pour le personnel infirmier aux prises avec un travail qui comporte de la tension auprès du public, mais qui possède un degré d'autorité décisionnelle élevé, la probabilité de souffrir de détresse psychologique est moindre. Cette découverte confirme le rôle préventif qu'a l'autorité décisionnelle face à la détresse psychologique, mais en le limitant aux situations de travail à forte tension, comme dans le cas du travail avec le public, ce qui est un apport original et important de la présente étude. Au niveau de la quatrième hypothèse, les résultats n'ont pas permis de confirmer l'effet direct des variables modératrices au travail sur la détresse psychologique. Par contre, nos résultats confirment l'importance primordiale du soutien social hors travail pour le personnel infirmier, cette variable étant celle ayant l'effet le plus prononcé sur la détresse psychologique. En effet, un degré plus élevé de soutien social à l'extérieur des lieux de travail contribue très fortement à réduire les niveaux de détresse psychologique du personnel infirmier. Finalement, de manière plus globale, les

résultats de cette étude confirment, bien que partiellement les observations du cadre théorique proposé par Vézina et ses collaborateurs (1992) en ce qui a trait, d'une part, aux mécanismes favorisant l'apparition de la détresse psychologique, i.e. l'importance qu'ont les facteurs de risques au travail dans ce processus et, d'autre part, aux mécanismes qui contribuent à en protéger les travailleurs à risque, i.e. les facteurs de protection au travail et hors travail.

Bibliographie

- Amick, B. C. 3rd, Kawachi, I., Coakley, E. H., Lerner, D., Levine, S., & Colditz, G. A. (1998). Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. Scandinavian Journal of Work & Environmental Health, 24(1), 54-61.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Bheer, T. A., Glaser, K. M., Canali, K. G., & Wallwey, D. A. (2001). Back to basics: re-examination of demand-control theory of occupational stress. Work & Stress, 15(2), 115-130.
- Boey, K. W. (1999). Distressed and stress resistant nurses. Issues in Mental Health Nursing, 20(1), 33-54.
- Boudreau, A. (2002). Les facteurs occupationnels menant à la détresse psychologique et à l'abus chronique d'alcool chez les cadres de premier niveau. Mémoire De Maîtrise, Université de Montréal, 1-125.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J., & Vezina, M. (1996). Job strain and psychological distress in white-collar workers. Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 22(2), 139-45.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. American Journal of Industrial Medicine, 34(1), 20-8.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. Santé Mentale Au Québec, 24(1), 136-153.
- Bourbonnais, R., & Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec. American Journal of Industrial Medicine, 39(2), 194-202.

- Bradley, J. R., & Cartwright, S. (2002). Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. International Journal of Stress Mnagement, 9(3), 163-182.
- Bureau International du Travail. (2000). Rapport Du BIT Sur La Santé Mentale Au Travail En Allemegne, Aux États-Unis, En Finlande, En Pologne, Et Au Royaume-Uni.. Information Publique.
- Burke, J. B., & Greenglass, E. R. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: the role of coping. International Journal of Stress Management, 7(1), 49-59.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2000). Effects of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario. International Journal of Nursing Studies, 37(2), 163-71.
- Büssing, A., & Glaser, J. (2000). Four-stage process model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. Work & Stress, 14(4), 329-346.
- Büssing, A., & Glaser, J. (1999). Work stressors in nursing in the course of redesign: implications for burnout and interactional stress. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(3), 401-426.
- Calnan, M., Wainwright, D., & Almond, S. (2000). Job strain, effort-reward imbalance model and mental distress: a study of occupations in general medical practice. Work & Stress, 14(4), 297-311.
- Catalano, R., Dooley, D., Wilson, G., & Hough, R. (1993). Job loss and alcohol abuse: a test using data from the Epidemiologic Catchment Area project. Journal of Health and Social Behavior, 34(3), 215-25.
- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E. H., Schwartz, J., & Colditz, G. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. British Journal of Medicine, 320, 1432-1436.

- Daniels, K., & Guppy, A. (1995). Stress, social support, and and psychological well-being in British accountant. Work & Stress, 9, 432-447.
- de Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large- scale cross-sectional study. Social Science Medicine, 50(9), 1317-27.
- de Jonge, J., Dollard, M. F., Dormann, C., Le Blanc, P. M., & Houtman, I. L. D. (2000). The demand-control model: specific demands, specific control, and well-defined groups. International Journal of Stress Management, 7(4), 269-287.
- de Rijk, A. E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & de Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: effects on burnout. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71, 1-18.
- Decker, F. H. (1997). Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. Research in Nursing & Health, 20(5), 453-64.
- Dollard, M. F., & Winefield, A. H. (1998). A test of the demand-control/support model of work stress in correctional officers. Journal of Occupational Health Psychology, 3(3), 243-64.
- Duffy, C. A., & McGoldrick, A. E. (1990). Stress and the bus driver in the United Kingdom transport industry. Work & Stress, 4, 17-27.
- Duquette, A., K  rouac, S., Sandhu, B. K., & Saulnier, P. (1995).   tude longitudinale des d  terminants psychosociaux de la sant   au travail de l'infirmi  re en g  riatrie. Rapport De Recherche Pr  sent   Au Conseil Qu  b  cois De La Recherche Sociale. 114 p.
- Elovainio, M., & Kivimaki, M. (2001). The effects of personal need for structure and occupational identity in the role stress process. The Journal of Social Psychology, 141(3), 365-78.
- Engels, J. A., van der Beek, A. J., & van der Gulden, J. W. (1998). A LISREL analysis of work-related risk factors and health complaints in the nursing profession.

International Archives of Occupational and Environmental Health, 71(8), 537-42.

Ezoe, S., & Morimoto, K. (1994). Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. Preventive Medicine, 23(1), 98-105.

Fagin, L., Carson, J., Leary, J., De Villiers, N., Bartlett, H., O'Malley, P., West, M., McElfatrick, S., & Brown, D. (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. International Journal of Social Psychiatry, 42(2), 102-11.

Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: a longitudinal study with objective measures. Journal of Occupational Health Psychology, 4(3), 179-92.

Galambos, N. L., & Walters, B. J. (1992). Work hours, schedule inflexibility and stress in dual-earner spouses. Canadian Journal of Behavioral Science, 24, 290-302.

Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. Journal of Community & Applied Social Psychology, 11, 211-215.

Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S. C., Demi, A., & Peterson, J. L. (2000). Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. AIDS Care, 12(2), 149-61.

Guppy, A., & Weatherstone, L. (1997). Coping strategies, dysfunctional attitudes and psychological well-being in white collar public sector employees. Work & Stress, 11(1), 58-67.

Hamilton, V. L., Broman, C. L., Hoffman, W. S., & Renner, D. S. (1990). Hard times and vulnerable people: initial effects of plant closing on autoworkers' mental health. Journal of Health and Social Behavior, 31(2), 123-40.

Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. Journal of Advanced Nursing, 31(3), 681-8.

- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. Psychological Reports, (39), 1215-1228.
- Jamal, M., & Baba, V. V. (2000). Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: an empirical examination. Canadian Journal of Public Health, 91(6), 454-8.
- Janssen, P. P., Bakker, A. B., & de Jong, A. (2001). A test and refinement of the demand-control-support model in the construction industry. International Journal of Stress Management, 8(4), 315-332.
- Janssen, P. P. M., Schaufeli, W. B., & Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. Work & Stress, 13(1), 74-86.
- Jex, S. M., & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. Journal of Applied Psychology, 84(3), 349-61.
- Johansson, G. (1989). Job demands and stress reactions in repetitive and uneventful monotony at work. International Journal of Health Services, 19(2), 365-377.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health, 78(10), 1336-1342.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shiftwork. Ergonomics, 36(1-3), 141-7.
- Karasek, R., & Theorell, T. (2000). The demand-control-support model and CVD. Occupational Medicine : State of The Art Review, 15(1), 78-83.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24, 285-305.

- Knutsson, A., Hallquist, J., Reuterwall, C., Theorell, T., & Akerstedt, T. (1999). Shiftwork and myocardial infarction: a case-control study. Occupational Environmental Medicine, 56(1), 46-50.
- Kristensen, T. S. (1996). Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. Journal of Occupational Health Psychology, 1(3), 246-60.
- Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: a test of the job demand-control model. Journal of Organisational Behavior, 9, 217-239.
- Lerner, D. J., Levine, S., Malspeis, S., & D'Agostino, R. B. (1994). Job strain and health-related quality of life in a national sample. American Journal of Public Health, 84(10), 1580-5.
- Mak, A. S., & Mueller, J. (2000). Job insecurity, coping resources and personality dispositions in occupational strain. Work & Stress, 14(4), 312-328.
- Marchand, A., Demers, A., Durand, P., & Simard, M. (2003). The moderating effects of alcohol intake on the relationship between work strain and psychological distress. Journal of Studies on Alcohol, 64(3), 419-427.
- Marchand, A., Demers, A., Durand, P., & Simard, M. (2000). Occupational variations in drinking and the role of psychological distress: a multilevel analysis. Health and Prevention Social Research Group.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annu. Rev. Psychol., 52, 397-422.
- Maurier, W. L., & Northcott, H. C. (2000). Job uncertainty and health status for nurses during restructuring of health care in Alberta. Western Journal of Nursing Research, 22(5), 623-41.
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. American Journal of Public Health, 90(11), 1765-70.

- McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. International Journal of Health Services, 30(3), 453-76.
- Moskovakis, T. (2002). La détresse psychologique et l'abus chronique d'alcool en lien avec le travail chez les cols blancs semi-qualifiés. Mémoire De Maîtrise, Université de Montréal, 1-78.
- Munro, L., Rodwell, J., & Harding, L. (1998). Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. International Journal of Nursing Studies, 35(6), 339-45.
- Niedhammer, I., David, S., Bugel, I., & Chea, M. (2000). Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle. Travailler, 5, 23-45.
- Oppenheim, L. (1987). Factors related to occupational stress or burnout among music therapists. Journal of Music Therapy, 24(2), 97-106.
- Petterson, I. L., Arnetz, B. B., & Arnetz, J. E. (1995). Predictors of job satisfaction and job influence--results from a national sample of Swedish nurses. Psychother Psychosom, 64(1), 9-19.
- Pollard, T. M. (2001). Changes in mental health well-being, blood pressure and total cholesterol levels during workplace reorganisation: the impact of uncertainty. Work & Stress, 15(1), 14-28.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). Détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé. Enquête Santé Québec 87, Les Cahiers De Recherche, Québec, Canada: Ministère De La Santé Et Des Services Sociaux, Gouvernement Du Québec, (7).
- Rafferty, Y., Friend, R., & Landsbergis, P. A. (2001). The association between job skill discretion, decision authority and burnout. Work & Stress, 15(1), 73-85.
- Raggat, P. T. F. (1991). Work stress among long distance coach drivers: a survey and correlational study. Journal of Organisational Behavior, 12, 565-579.

- Reissman, D. B., Orris, P., Lacey, R., & Hartman, D. E. (1999). Downsizing, role demands, and job stress. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 41(4), 289-93.
- Sargent, L. D., & Terry, D. J. (2000). The moderating role of social support in Karasek's job strain model. Work & Stress, 14(3), 245-261.
- Schechter, J., Green, L. W., Olsen, L., Kruse, K., & Cargo, M. (1997). Application of Karasek's Demand-Control model in a Canadian Occupational setting including shift workers during a period of reorganisation and downsizing. American Journal of Health Promotion, 11(6), 394-399.
- Schmitt, N., Colligan, M. J., & Fitzgerald, M. (1980). Unexplained physical symptoms in eight organisations: individual and organisational analyses. Journal of Occupational Psychology, 53, 305-317.
- Searle, B., Bright, J. E., & Bochner, S. (2001). Helping people to sort it out: the role of social support in the job strain model. Work & Stress, 15(4), 328-346.
- Shigemi, J., Mino, Y., Tsuda, T., Babazono, A., & Aoyama, H. (1997). The relationship between job stress and mental health at work. Industrial Health, 35(1), 29-35.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), 27-41.
- Sorlie, P. D., & Rogot, E. (1990). Mortality by employment status in the National Longitudinal Mortality Study. American Journal of Epidemiology, 132(5), 983-92.
- Sparks, S., & Cooper, C. L. (1999). Occupational differences in the work-strain relationship: Toward the use of situation-specific models. Journal of Occupational and Organisational Psychology, 72, 219-229.
- Spurgeon, A., Harrington, J. M., & Cooper, C. L. (1997). Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. Occupational and Environmental Medicine, 54(6), 367-75.

- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. Occupational and Environmental Medicine, 56(5), 302-7.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin? Annual Review of Psychology, 48, 411-47.
- Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., & van Merode, G. G. (2002). Work organization, work characteristics, and their psychological effects on nurses in the Netherlands. International Journal of Stress Management, 9(3), 183-206.
- Tyler, P., & Cushway, D. (1992). Stress, Coping and mental well-being in hospital nurses. Stress Medicine, 8, 91-98.
- Tyler, P., & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: the effects of coping and social support. Stress Medicine, 11, 243-251.
- Tyler, P. A., Carroll, D., & Cunningham, S. E. (1991). Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. International Journal of Nursing Studies, 28(2), 125-30.
- van der Hulst, M., & Geurts, S. (2001). Associations between overtime and psychological health in high and low reward jobs. Work & Stress, 15(3), 227-240.
- Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. Journal of Occupational Health Psychology, 5(4), 428-40.
- Vézina, M. (1999). Entre sensibilité individuelle et organisation du travail. Travail Et Sécurité.
- Vézina, M., Derriennic, F., & Monfort, C. (2000). L'impact de l'organisation du travail sur l'isolement social. Travailler, 5, 101-117.

Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Le stress au travail et la santé. Rapports Sur La Santé, 10(3).

